

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1931

THÈSE

N°

244

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PRÉSENTÉE PAR

SCHAPIRO Roger

Né le 15 Février 1900, à PARIS

Ancien Externe des Hôpitaux

ÉTUDE

SUR LES

CHANCRES GÉANTS

Président de Thèse : M. le Professeur GOUGEROT

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE MARCEL VIGNÉ

11 & 13, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

—
1931

THÈSE
POUR LE DOCTORAT
EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1931

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PRÉSENTÉE PAR

SCHAPIRO Roger

Né le 15 Février 1900, à PARIS

Ancien Externe des Hôpitaux

ÉTUDE

SUR LES

CHANCRES GÉANTS

Président de Thèse : M. le Professeur GOUGEROT

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE MARCEL VIGNÉ

11 & 13, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

—
1931

LE DOYEN. M. BALTHAZARD

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale.	GRÉGOIRE.
Physiologie	BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	LENORMANT.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENÉTRIÉR.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique chirurgicale	DELBET.
	CUNÉO.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGEANT.
Clinique de la Tuberculose	Léon BERNARD.
Professeur sans chaire	MAUCLAIRE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.		MM.	
ALAJOUANINE.	Neurologie et psychiâtrie.	LEMAITRE....	Oto-rhino-laryngologie.
N... ..	Physiologie.	HUGUENIN ...	Anatomie pathologique.
AUBERTIN	Pathologie médicale.	LEVEUF.....	Pathologie chirurgicale.
BÉNARD (Henri)	Pathologie médicale.	LEVY-VALENSI.	Neuro-psychiâtrie.
SANNIÉ	Chimie biologique.	LIAN.....	Pathologie médicale
BROCQ.....	Pathologie chirurgicale.	HAZARD	Pharmacologie.
BRULÉ.....	Pathologie médicale.	MILLOT	Histologie.
CADENAT.....	Pathologie chirurgicale.	MONDOR.....	Pathologie chirurgicale.
CATHALA.....	Pathologie médicale.	MOREAU.....	Pathologie médicale.
CHABROL.....	Pathologie médicale.	MOULONGUET.	Pathologie chirurgicale.
CHEVALLIER..	Pathologie médicale.	MOURE.....	Pathologie chirurgicale.
Gaudart-d'Allaines.	Pathologie chirurgicale.	MULON.....	Histologie.
DOGNON.....	Physique.	OBERLING.....	Anatomie pathologique.
DONZELOT....	Pathologie médicale.	OLIVIER.....	Anatomie.
ECALLE.....	Obstétrique.	PIEDELIEVRE.	Médecine légale.
FEY.....	Urologie.	PORTES.....	Obstétrique.
GARNIER.....	Pathologie expérimentale.	QUENU.....	Pathologie chirurgicale.
GASTINEL.....	Bactériologie.	RICHET.....	Physiologie.
GATELIER.....	Pathologie chirurgicale.	SEZARY.....	Dermatologie et syphil-
GIROUD.....	Histologie.		graphie.
HARVIER.....	Pathologie médicale.	VALLERY : RADOT	
HOVELACQUE.	Anatomie.	(Pasteur)....	Pathologie médicale.
HUTINEL.....	Pathologie médicale.	VAUDESCAL...	Obstétrique.
JOANNON.....	Hygiène.	VELTER.....	Ophthalmologie.
LABBÉ (Henri).	Chimie biologique.	VERNE.....	Histologie.
LAROCHE (Guy)...	Pathologie médicale.	VIGNES.....	Obstétrique.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.		MM.	
BUSQUET.....	Pharmacologie.	NEVEU-LEMAIRE..	Parasitologie.
GUÉNIOT.....	Obstétrique.	RETTERRER.....	Histologie.
LEQUEUX.....	Obstétrique.	ZIMMERN.....	Physique.
LEROUX	Anatomie pathologique.		

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

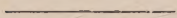
MM.		MM.	
ABRAMI	Clinique médicale.	HEITZ-BOYER.	Clinique chirurgicale.
CHIRAY	Clinique médicale.	MATHIEU	Clinique chirurgicale.
DEBRÉ	Clinique médicale.	MOCQUOT	Clinique chirurgicale.
DUVOIR	Clinique médicale.	PROUST	Clinique chirurgicale.
FIESSINGER. . .	Clinique médicale.	SCHWARTZ . . .	Clinique obstétricale.
LIGNEL LAVASTIVE. . .	Clinique médicale.	LE LORIER . . .	Clinique obstétricale.
BASSET	Clinique chirurgicale.	LEVÉ-SOLAL . .	Clinique obstétricale.
CHEVASSU ...	Clinique chirurgicale.	METZGER	Clinique obstétricale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
MAUCLAIRE, professeur sans chaire	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY	
CHAILLET-BERT	Stomatologie.
LEDOUX-LEBARD	Education physique.
WEILL-HALLÉ	Radiologie clinique.
	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS



MEIS ET AMICIS

A MES MAITRES
PENDANT MON STAGE ET MON EXTERNAT :

Professeur HARTMANN; Docteur de MASSARY; Professeur MAUCLAIRE; Professeur Agrégé ALGLAVE; Professeur GILBERT, *in memoriam*; Professeur JEANSELME; Professeur GOUGEROT; Professeur Agrégé LIAN; Docteur GANDY; Professeur Agrégé METZGER; Docteur MARQUÉZY.

A MON PRESIDENT DE THESE

LE PROFESSEUR GOUGEROT

Professeur de Clinique des Maladies Cutanées
et Syphilitiques ;

Médecin de l'Hôpital Saint-Louis ;

Chevalier de la Légion d'Honneur.

En respectueux hommage.

INTRODUCTION

Les chancres géants, sans être fréquents, ne constituent pas cependant une curiosité clinique rarissime, puisque le docteur Paul Blum, dans sa seule pratique hospitalière à l'hôpital de Saint-Denis a pu en observer trois cas, de décembre 1929 à janvier 1931. L'étude de ces trois cas est d'ailleurs à l'origine de ce travail. J'ai pu recueillir dans la littérature médicale des cinquante dernières années 74 cas. Il m'a suffi pour cela de relever toutes les observations publiées ou signalées dans les Annales de dermatologie et de syphiligraphie, dans les Annales des maladies vénériennes, dans les Bulletins de la Société de dermatologie et dans un certain nombre de thèses. Nul doute que le nombre de cas serait infiniment supérieur, si l'on s'astreignait à dépouiller les archives des différents services de Saint-Louis, ainsi que des principaux services spécialisés en province dans le traitement des maladies vénériennes. Travail fastidieux et sans grande utilité pratique, l'intérêt de la question était non dans des considérations sta-

tistiques sans portée, mais dans la possibilité de résoudre le problème de l'étiologie et de la pathogénie des chancres géants.

Pour essayer d'éclaircir ce problème, je me suis grandement inspiré de la très remarquable étude du Professeur Gougerot intitulée « Importance de l'état de sensibilisation dans la pathogénie de la syphilis. Mélange de l'état de sensibilisation et de l'état d'immunité. Différence de réaction du syphilitique à son propre virus et aux virus étrangers. Spécialisation du virus par sensibilisation. »

Je ne veux pas terminer ces quelques mots d'introduction sans exprimer au Professeur Gougerot ma vive reconnaissance pour la bienveillance qu'il m'a toujours montrée au cours de mes études et qu'il a manifestée à nouveau, en me faisant le très grand honneur de présider ma thèse.

Je prie également le Docteur Paul Blum de trouver ici mes plus vifs remerciements pour avoir bien voulu me confier ce sujet de thèse qui l'a si intéressé, ainsi que pour les conseils qu'il a bien voulu me donner pendant l'année où j'ai été son externe, dans le service de notre très regretté maître Gilbert.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

Fournier, le premier, employa l'expression de chancre géant et surtout en signala la localisation élective en dehors des organes génitaux. Nous lisons, en effet, à la page 324 de son livre sur les « Chancres extra-génitaux », paru en 1897 : « Plus souvent à coup sûr que les chancres génitaux, les chancres du tronc et des membres sont remarquables par leur grande étendue. En autres termes et plus simplement, on observe plus souvent (toutes proportions gardées) de grands chancres sur le tronc et les membres que sur les organes génitaux. C'est surtout au niveau de l'abdomen que l'on rencontre ces grands chancres, comparables comme surface à une pièce de cinq francs (en argent), voire mesurant cinq, sept, huit centimètres de diamètre... Toutefois, pour s'observer à l'abdomen plus fréquemment qu'ailleurs, cette exagération d'étendue n'a rien de spécial à la région. On a cité également de grands chancres du thorax (région

antérieure). De même pour les membres. » Et à propos du cas, publié par son élève Meneault, en 1886, sous le titre de chancre syphilitique inguinal géant, il écrit : « C'était là véritablement un chancre géant, à tendance phagédénique. »

Il est remarquable qu'il ait fallu attendre jusqu'à la seconde moitié du xix^e siècle pour voir signaler et décrire les chancres géants. Etant donné l'intensité des manifestations syphilitiques, notamment au cours de la grande épidémie du début du seizième siècle, il semblerait tout naturel de trouver dans les vieux auteurs des descriptions de chancres géants à jamais inégalés. Or il n'en est rien. Ni dans le Nouveau Carême de pénitence de Jacques de Bethencourt (1527), ni dans l'œuvre de Fracastor (La syphilis, 1530; Le Mal français, 1546), ni dans l'ouvrage de Jean de Fernel (Le meilleur traitement du mal vénérien, 1597), on ne trouve la moindre description de chancre syphilitique et, à *fortiori*, de chancre géant. Ce n'est que dans « Le Mal français », de Jean de Vigo (1514), que nous pouvons lire cette brève description : « Les premiers symptômes de cette maladie se portaient invariablement sur les organes génitaux, c'est-à-dire sur la verge ou sur la vulve. Ils consistaient en de petits boutons ulcérés d'une coloration tantôt brunâtre et livide, quelquefois même noire, tantôt légèrement blanchâtre. Ces boutons étaient circonscrits par un bourrelet d'une dureté calleuse. »

Fournier, qui a merveilleusement traduit et commenté ces auteurs, fait à juste titre remarquer qu'au

xvi^e siècle, les médecins, imbus du gallénisme le plus pur, se souciaient peu d'analyser et de décrire un symptôme, une lésion; plus ambitieux, ils ne « prétendaient à rien moins qu'à pénétrer l'essence de toutes choses et à fournir l'interprétation humorale de tous les phénomènes ». En outre, comme le note Fournier, dans les premiers temps de l'apparition du « mal français », le chancre, accident minime, fut peu remarqué et passa fort souvent inaperçu, toute la maladie n'étant guère réputée consister que dans trois ordres de manifestations principales : les douleurs, les exanthèmes et les ulcères. Ceci, rapproché de la description de Jean de Vigo, est important à noter : le chancre syphilitique à cette époque ne se présentait pas d'une façon différente de la moyenne des chancres actuels et le chancre géant, à l'âge d'or de la syphilis, ne devait pas être beaucoup plus fréquent qu'à la nôtre.

Si la lecture des auteurs du seizième siècle est assez décevante à ce point de vue particulier, le chercheur n'est guère plus heureux avec les auteurs du dix-septième ou du dix-huitième siècle. Ouvrons, par exemple, le traité des Maladies Vénériennes d'Astruc, du milieu du dix-huitième, nous n'y trouvons pas la moindre description clinique du chancre.

Ce n'est qu'en 1838, au début de « l'ère moderne de la syphiligraphie » que l'on relève, dans le premier traité écrit par Ricord, ceci : « Le chancre présente souvent des variétés telles dans son aspect matériel qu'il semble alors constituer des maladies diffé-

rentes. » On comprend alors que ce soit à Fournier, le célèbre élève de Ricord, et à son école, que l'on doive et d'avoir pour ainsi dire tiré du néant le chancre géant et d'en avoir publié les premières observations partout citées.

En 1891, un élève de Fournier, le Docteur Puyo-Médina, publie une thèse ayant pour titre : « Contribution à l'étude du chancre syphilitique érosif phagédénique superficiel. » En réalité, les observations publiées dans cette thèse sont des observations de chancres géants. D'ailleurs, le titre de cette thèse fut critiqué en 1895 par Du Castel dans son livre sur « Les Chancres génitaux et extra-génitaux. » Du Castel fit, à juste titre, remarquer que les chancres décrits par Puyo-Médina n'avaient rien de phagédénique. Et d'ailleurs, pour comprendre cet emploi un peu spécial du terme « phagédénique », il n'y a qu'à se rappeler ce que Fournier écrivait au sujet de l'observation de Menault.

Depuis la soutenance de cette thèse, il ne se passe presque pas d'année sans qu'ici ou là, ne se publie une ou plusieurs observations, mais il faut arriver à ces dernières années pour trouver des études plus étendues. En 1918, le Docteur E. Bodin, à propos des difficultés de diagnostic du chancre, étudie les chancres de dimensions anormales. Sur 627 chancres observés pendant « deux ans de syphiligraphie aux armées », il relève 33 chancres ayant un minimum de 4 à 5 centimètres de diamètre. Mais, comme cet auteur ne fait aucune discrimination entre les

chancres géants « purs », les chancres phagédéniques proprement dits, les chancres secondairement infectés et les chancres compliqués de gangrène, cette statistique ne peut malheureusement pas être retenue.

En 1925, à propos d'un cas très curieux de chancre géant de la fesse, observé chez un enfant de 13 ans, à la clinique dermatologique du Professeur Hoffmann, à Bonn, Max Wohlenveber fait un très intéressant travail, longuement analysé dans la « Dermatologische Zeitschrift ». En 1928, le Docteur Nicolau, Professeur à la Faculté de Bucarest, publie un article très important « Sur quelques particularités morphologiques du syphilome primaire de certaines localisations ». Enfin nous arrivons à la communication faite en 1930, à la Société de Dermatologie, par les Docteurs Paul Blum et Jean Bralez, complétée par deux articles des mêmes auteurs, parus l'un dans « Paris-Médical », l'autre dans la « Vie Médicale ».

CHAPITRE II

Etude clinique des chancres géants

« Le chancre embryonnaire, dit Fournier, le chancre à sa phase de début, est une simple exfoliation épithéliale de minime importance. C'est la plus petite, la plus superficielle, la plus bénigne, la plus insignifiante de toutes les érosions possibles. Ce n'est pas quelque chose pour ainsi dire, c'est moins que rien. En pratique, le chancre naissant est méconnu neuf fois sur dix. »

A la période d'état, le chancre syphilitique est une exulcération arrondie ou ovalaire, régulière sur ses bords, et dont les dimensions varient entre la largeur d'une lentille et celle d'une pièce de cinquante centimes. S'il existe, en effet, des chancres nains, lenticulaires, la dimension la plus ordinaire est celle d'une pièce de cinquante centimes. Et lorsqu'on évoque l'idée de chancre syphilitique, c'est automatiquement cette image qui se présente à l'esprit.

Eh bien ! ce chancre qui, au début est moins que

rien, qui à la période d'état est une chose vraiment minime, ce chancre, dans certains cas, prend des dimensions vraiment extraordinaires : 12 centimètres de long sur $4\frac{1}{2}$ de large dans l'observation de Meneault : 14 centimètres comme grand diamètre et 9 comme petit diamètre dans un cas de Nicolau ! Nous sommes bien loin d'une pièce de cinquante centimes ! Et, de prime abord, on a peine à réaliser, qu'il s'agisse toujours de la même lésion, occupant la même place dans le cadre nosographique. A cela Fournier nous répond : « Le chancre est l'accident initial de la syphilis acquise. Nosologiquement, il n'est pas susceptible d'une autre définition. Il n'est pas chancre, en effet, de par tel ou tel de ses attributs physiques ou objectifs, à savoir de par sa forme, son étendue, sa couleur, son induration, etc., non plus que par son évolution et sa durée. Il est chancre en raison de caractères d'un tout autre ordre, d'un ordre supérieur, parce qu'il est le premier résultat *in situ* de l'introduction du contagion syphilitique dans l'organisme. »

Si tous les caractères habituels du chancre sont conservés, l'étendue seule du chancre variant en plus, et cela dans de fortes proportions, on a un chancre géant. Celui-ci est donc un chancre comme tous les autres, moins un seul caractère, sa grandeur. A l'instar du chancre syphilitique ordinaire, il est en général indolore et ne s'accompagne pas de réaction inflammatoire. Le développement de ce chancre est régulier et progressif ; à un certain moment, ce déve-

loppement semble s'arrêter et le chancre reste stationnaire. Dans certains cas, on trouve en même temps qu'un chancre géant un ou plusieurs chancres, soit dans la même région, soit dans une région très éloignée.

Pour ce qui est de l'aspect objectif du chancre géant, on retrouve les mêmes divisions que pour le chancre ordinaire :

1°) Le chancre érosif géant consiste simplement en une desquamation épidermique ou épithéliale, laquelle se borne à dénuder le derme sans l'entamer. Tantôt l'érosion a des contours nettement limités, tantôt elle a une allure serpigineuse. Sont également des chancres érosifs géants, certains chancres des plis, de dimensions minimales, en apparence, en raison de la plicature, mais que l'étalement montre au contraire être très étendus.

2°) Le chancre exulcéreux géant attaque superficiellement le derme, mais l'effleure plutôt qu'il ne l'entame.

3°) Le chancre ulcéreux, d'une étendue généralement supérieure à la forme érosive, est plus creux, plus excavé que les précédents. Il fait ou paraît faire ulcère. Comme le dit Fournier, « souvent il ne fait ulcère qu'aux dépens de son tissu propre, de son néoplasme d'induration et non pas des tissus physiologiques. En l'examinant avec attention, on voit que son entamure, quelquefois assez creuse, porte exclusivement sur le noyau néoplasique qui sous-tend l'ulcération, sans attaquer les parties sous-jacentes. Le

chancre est auto-ulcéreux, il se corrode, il se ronge lui-même ». Le fond de l'ulcération est parfois lisse, uni, avec une belle teinte rouge musculaire, parfois grisâtre, diphtéroïde, ou alors surmonté de croûtes épaisses ; ses bords forment comme un bourrelet surélevé, régulier, se raccordant en pente douce avec le fond de la lésion.

4°) L'induration peut, dans certains cas, prendre également un caractère gigantesque et constituer une véritable tumeur, c'est la forme tumorale. Tantôt la surface de cette tumeur présente une large érosion, tantôt au contraire cette surface est largement ulcérée ; on a alors dans ces cas une combinaison de chancre hypertrophique et de chancre géant, particulièrement fréquente à la face.

Quelle que soit la variété du chancre, on peut trouver, dans certains cas, autour de lui, ou dans son voisinage immédiat, des papules, ou des vésicules, sur la signification desquelles j'aurai à revenir. Parfois on observe une réaction érythémateuse péri-chancreuse pouvant atteindre deux à trois travers de doigt autour du chancre, ou même s'étaler encore plus largement, semblant en doubler ou tripler la surface ; il s'agit soit d'un érythème simple parfois érysipélatoïde, soit d'une réaction érythémato-vésiculaire.

Ce chancre, dont nous venons de voir les caractères extérieurs, il nous le faut palper pour nous assurer de son induration. Celle-ci est constante, pourvu qu'on sache la rechercher ; on ne doit

pas oublier qu'elle peut échapper, si l'on saisit le chancre dans son grand diamètre. Il faut explorer la lésion dans son plus petit diamètre ou en palpant les bords. Et de même que l'induration ressemble à celle du chancre ordinaire, de même l'adénopathie satellite dont on sait l'importance dans le diagnostic du chancre syphilitique, se présente avec ses caractères habituels. On doit noter le manque de rapport qui existe parfois entre le développement du chancre et le développement du bubon satellite: de grands chancres pouvant s'accompagner d'une adénopathie relativement peu développée. Cette adénopathie siège dans les régions qui anatomiquement correspondent au siège du chancre. En raison de l'étendue de celui-ci et des anastomoses lymphatiques, il n'est pas étonnant de trouver parfois plusieurs bubons satellites d'un même chancre, comme dans le cas de certains chancres qui s'accompagnent d'une réaction ganglionnaire inguinale et axillaire bilatérale. Quelquefois on trouve en outre une véritable lymphite, plus perceptible que visible sous forme d'un cordon moniliforme.

Tels sont les caractères morphologiques du chancre géant. Son diagnostic est-il très difficile? Non, dans un grand nombre de cas, à condition d'en connaître la possibilité. Car, comme l'a dit Fournier, ce n'est pas un art de reconnaître un chancre, c'est un art d'y penser. Le plus souvent, la vraie difficulté du diagnostic est qu'en face d'une lésion de surface étendue, siégeant en dehors des organes génitaux, le clinicien, en général, réalise difficilement que cette

lésion ait exactement la même signification et la même valeur que les innombrables chancre du gland ou du sillon balano-préputial, qu'il a pu voir, en assistant pendant quelques semaines ou quelques mois, à une consultation de maladies vénériennes. Dès l'instant où dans son esprit l'image acquise et cataloguée peut se superposer avec l'image visuelle présente, le diagnostic est virtuellement fait. Car, plus favorisés que nos prédécesseurs, nous avons d'une part, la recherche du tréponème à l'ultra-microscope, très souvent positive, comme on le verra à la lecture des observations, et d'autre part, la recherche du Wassermann. Il est vrai de dire qu'autrefois le diagnostic était singulièrement plus délicat, ne pouvant à la vérité être définitivement tranché dans certains cas que par l'apparition des accidents secondaires, si bien que des cliniciens aussi éminents que le Professeur Lejars ont pu être amenés à faire des interventions chirurgicales, alors qu'il s'agissait d'accidents syphilitiques primaires.

Le diagnostic différentiel doit résoudre trois problèmes : 1°) Cette lésion est-elle syphilitique ? 2°) Cette lésion syphilitique est-elle un accident primaire ou tertiaire ? 3°) Cette lésion syphilitique primaire est-elle un chancre géant ?

1°) Envisager toutes les lésions non spécifiques avec lesquelles on peut avoir à différencier un chancre géant, nous amènerait à passer en revue toute une partie de la dermatologie et une partie de la pathologie chirurgicale, les diagnostics variant bien

entendu avec chaque région. Si, par exemple, un chancre géant du sein doit être distingué d'une « Maladie de Paget », tel chancre du visage doit l'être d'un lupus, etc. On pourra croire dans certains cas à une pyodermite banale, à une brûlure, à une dermite artificielle. MM. Gougerot et Clara ont insisté à cet égard sur le diagnostic difficile avec les lésions par ypérite. Dans les formes pseudo-épithéliomateuses, on pense à une mycose, et surtout au cancer ulcéré, particulièrement à la face, et des chirurgiens ont pu être tentés d'opérer à tort des chancres tumoraux.

2°) Un diagnostic qui, dans plusieurs cas a été envisagé et discuté, a été le suivant : S'agit-il d'un accident primaire ou d'une lésion tertiaire. Pour se décider dans un sens ou dans l'autre on se fondera, d'après Fournier, sur les caractères suivants.

A) Avec les syphilides tertiaires, pas d'adénopathie (sauf exceptions bien rares). Avec le chancre, adénopathie constante. « fatale » comme disait Ricord, fortement accentuée en général, à caractères spéciaux bien connus.

B) Avec les syphilitides tertiaires, antécédents de syphilis, long passé de syphilis. Rien de semblable forcément avec le chancre puisqu'il est le premier accident en date, celui qui sert d'exorde à la série morbide.

C) Enfin comme critérium absolu, évolution morbide, c'est-à-dire en l'espèce, explosion secondaire suivant le chancre à échéance déterminée et tout naturellement, ne pouvant que faire défaut, au cas

où l'accident en litige est une manifestation tertiaire.

Aujourd'hui nous compléterions par la recherche du tréponème que l'on trouve presque toujours en cas d'accident primaire et qui, en cas de lésion tertiaire, est si rare que les cas se comptent où l'on a réussi à le déceler. Au bout de vingt-cinq jours, comptés depuis l'apparition du chancre, on recherchera le Wassermann qui à ce moment est généralement positif et dont le pourcentage de positivité s'accroît à mesure qu'on approche de la période secondaire (95 à 100 % dans certaines statistiques). Par contre le Wassermann est beaucoup moins souvent positif, en cas de lésion tertiaire, et souvent on doit réactiver la réaction qui même, après cela, est encore parfois négative. Il est bien compréhensible cependant que pour trancher ce diagnostic, la réaction de Wassermann est loin d'avoir la même valeur que la recherche du tréponème.

3°) L'accident syphilitique primaire une fois reconnu, et cet accident étant de grandes dimensions, devons-nous automatiquement porter le diagnostic de chancre géant ? Non, car seuls sont des chancres géants, vrais, « purs », les chancres de grande dimension dus à l'action du tréponème et du tréponème seul. On doit donc éliminer :

A) Les chancres mixtes dans lesquels le phagédénisme en surface ou en profondeur est dû au bacille de Ducreys.

B) Les chancres phagédéniques dont on distingue plusieurs variétés ;

a) Phagédénisme gangréneux : Grand chancre gangréneux à la fois extensif et térébrant, lequel s'entretient et progresse par une série de mortifications partielles juxtaposées et stratifiées. Il se forme à la surface du chancre, une eschare plus ou moins étendue, facilement reconnaissable à sa couleur d'un brun foncé ou même d'un noir de charbon; ce lambeau mortifié se détache, puis simultanément, il se produit au pourtour et au-dessous de cette première eschare une ou plusieurs autres eschares absolument identiques. Ainsi le chancre s'étend et en même temps s'excave. On a affaire à un chancre gangréneux qui s'étale et se creuse par une série d'escharifications partielle.

b) Phagédénisme septique injectieux : Ce phagédénisme a pour cortège, au moins à ses débuts, tout un ensemble de symptômes analogues à ceux des grandes infections : fièvre bien accentuée, frissons, anorexie, état saburral, pâleur du visage, sudations et surtout perte des forces, accablement, adynamie, parfois même subdélirium, bref aspect typhoïde. « Ces phénomènes, dit Fournier, affectent une durée variable (qu'en raison de la rareté de tels cas on ne saurait encore déterminer), puis s'apaisent et s'effacent, en même temps que s'apaisent les phénomènes locaux. »

c) On a encore décrit un phagédénisme inflammatoire ou mieux, pour Fournier, phagédénisme rouge. Ici, la distinction est plus difficile à établir et repose sur des nuances. Le chancre géant, propre-

ment dit, est bien à un certain point de vue, et c'était l'expression même de Fournier, un chancre à « tendance phagédénique ». Mais ce phagédénisme dû uniquement à l'action du tréponème, si intense soit-il, est quand même minime. Il ne prend jamais ces proportions catastrophiques qui avaient fait donner, par Hallopeau, à certains chancres phagédéniques, l'épithète de « chancres vorax » ; le chancre géant, si étendu soit-il, reste toujours cependant limité en surface et surtout en profondeur.

Ces diverses variétés de chancres phagédéniques se voient surtout chez des sujets fatigués, malpropres, peu soignés. Leur apparition est favorisée par l'alcoolisme (chancre cœno-phagédénique de Ricord), par le diabète sucré, ainsi que par l'existence d'un phimosis ou d'une balano-posthite. Au point de vue bactériologique certains auteurs ont expliqué l'apparition de la gangrène par la présence de germes anaérobies. A propos d'une observation de chancre syphilitique avec gangrène de la verge, MM. Gaté et Rousset, d'une part, MM. J. Lacassagne, Lebeuf et Rousset d'autre part, en mars 1929, ont mis en évidence une association fuso-spirilleuse. Dans d'autres cas, des infections secondaires par le gonocoque, un pseudo-gono prenant le Gram, des diplocoques et staphylocoques, ont été incriminées. Ces infections secondaires surajoutées se produiront d'autant plus facilement que le sujet est taré, et c'est ce qui explique la gravité de certains chancres chez les diabétiques.

C) Une dernière catégorie de chancres est à différencier des chancres géants, ce sont les chancres hypertrophiques (ou gros chancres de Fournier), ce sont des chancres faisant relief et parfois faisant tumeur. « Le chancre hypertrophique, dit Fournier, n'est rien d'autre qu'un chancre à néoplasme exubérant, lequel se projette hors de la peau sous forme d'une saillie, d'un mamelon, d'un monticule. C'est au total un chancre exhaussé, mais considérablement exhaussé. » Il arrive parfois que cette exubérance néoplasique, au lieu d'être limitée à une petite érosion, soit sous-jacente à une érosion ou à une exulcération géante : on a alors affaire à la forme tumorale du chancre géant, déjà signalée, qui peut aller jusqu'à simuler un cancer ulcéré et qui est particulièrement fréquente à la face, notamment au menton.

En résumé, et au risque de me répéter, la difficulté essentielle du diagnostic c'est, en présence d'une lésion superficielle qui n'a pas fait sa preuve, de penser à la syphilis et de la rechercher. C'est cette difficulté également qui domine le pronostic. Le chancre géant, comme on le verra par la lecture des diverses observations, ne présente, en général, aucune gravité spéciale. Toutes proportions gardées, une fois traité et convenablement traité, il guérit aussi vite qu'un chancre ordinaire. Si, dans beaucoup de cas, on l'a vu persister assez longtemps, c'est que méconnu, non seulement il ne provoquait aucun traitement adéquat, mais qu'au contraire, il entraînait le patient et son médecin à essayer toutes sortes de traitements,

souvent intempestifs ; sans compter que, parfois même, le malade ne souffrant pas, ne s'inquiète pas outre mesure et ne consulte personne, laissant ainsi le champ libre au processus spécifique. Une chose est à noter cependant, comme le fait remarquer M. Milián, c'est qu'alors que le chancre syphilitique se répare généralement sans cicatrice, le chancre géant en laisse une presque toujours ; et cette cicatrice est d'autant plus caractéristique que le chancre était plus étendu. Une induration plus ou moins marquée reste souvent pendant très longtemps la signature du chancre, mais surtout il persiste une rougeur irritative à la place que le chancre avait occupée. Enfin, dans quelques cas malheureux (plusieurs observations de chancres céphaliques), la réparation du chancre ne s'est pas faite sans provoquer de dégâts irréparables. On peut toutefois se demander si actuellement, avec les moyens thérapeutiques dont nous disposons, de pareils désastres ne seraient souvent évitables.

Quant à l'évolution que prendra par la suite la syphilis dont le chancre géant a été la porte d'entrée, il n'est guère possible ici de la préciser, aucune observation ne suivant le malade pendant des années. Il est cependant un fait bien connu, et sur lequel tous les auteurs sont d'accord, c'est que, contrairement aux théories de Bassereau, l'intensité de l'accident primaire ne commande nullement une évolution plus sérieuse qu'un accident moyen et qu'au contraire bien des syphilis très graves et d'une évolution rapide ont débuté par des accidents légers, passant parfois ina-

perçus. Par conséquent, si le malade atteint d'un chancre géant est par là, amené plus facilement, une fois le diagnostic porté, à se soigner et à se soigner énergiquement, l'intensité de son chancre **aura** été pour lui un événement favorable. D'ailleurs, une **fois** la lésion identifiée, le traitement est exactement le même que pour toute syphilis primaire.

CHAPITRE III

Particularités topographiques et étiologiques des chancres géants

L'étude des chancres géants et la lecture des observations que l'on retrouve en dépouillant des collections poussiéreuses, provoque au bout d'un certain temps une certaine surprise : Toujours des chancres extra-génitaux, presque jamais des chancres génitaux ! Et cependant, dans l'ensemble des chancres syphilitiques, les chancres génitaux constituent, comme on sait, une majorité écrasante ! Fournier, dans une statistique portant sur 10.000 chancres observés pendant une trentaine d'années, relève :

Chancres de localisation génitale... 93 %

Chancres péri-génitaux 0,67 %

Chancres extra-génitaux 6,33 %

Donc 6 à 7 chancres extra-génitaux sur 100 chancres.

Dans une statistique plus récente de Lévy Bing et

Gerbay, portant sur 1.500 cas de chancres observés au centre de Vénéréologie de la ...^e armée, on note (en tenant compte des chancres multiples) que, sur 2.185 chancres syphilitiques, il n'y avait que 58 chancres extra-génitaux.

Or, sur 77 cas relevés dans cette thèse (2 observations inédites et 75 déjà publiées), on compte seulement 7 observations de chancres géants des organes génitaux (y compris les observations publiées par Puyo-Médina dans sa thèse, sous un titre légèrement différent). Ces 77 cas se répartissent ainsi :

1°)	Front	1
	Région pariétale....	2
	Oreille	3
28 cas	Région orbitaire....	3
de chancres céphaliques	Nez	6
	Joue	3
	Lèvres	5
	Menton	5

2°)	Région sternale....	1
	Sein	3
	Nombril	1
19 cas	Abdomen	9
de chancres du tronc	Région inguinale....	2
	Anus	2
	Rectum	1

3°)	Epaule	1
	Bras	2
	Coude	1
	Avant-bras	3
23 cas	Main	1
de chancres des membres	Doigts	6
	Fesse	3
	Cuisse	1
	Jambe	1
	Orteils	1
4°)	Col de l'utérus.....	3
7 cas	Grandes lèvres.....	2
de chancres	Racine de la verge.	1
des organes génitaux	Prépuce	1

Il est intéressant de comparer cette statistique avec celle que l'on trouve dans le travail de Max Wohlenveber. Celui-ci a recueilli 45 cas dans lesquels on retrouve plusieurs observations françaises, mais qui en majorité appartiennent à la littérature médicale allemande. Ces 45 cas se répartissent ainsi :

Chancres céphaliques...	17
Membres supérieurs....	2
Membres inférieurs.....	5
Tronc.....	21 dont 17 à l'abdomen,
1 à l'aisselle, 1 à l'anus, 2 à la fesse.	

On remarquera la concordance des deux statistiques indiquant notamment la prédominance d'une part à l'abdomen, d'autre part à l'extrémité céphalique. Je sais bien qu'on peut objecter, et l'on m'a objecté que toute lésion même minime des organes génitaux frappe l'attention du malade et aussi du médecin, tandis que le même « bobo » siégeant en dehors des organes génitaux est, pendant des semaines et des semaines, abandonné à lui-même. Et cependant chez les Arabes, il est souvent très difficile d'observer sur les organes génitaux l'accident primaire, parce qu'ils ne s'en préoccupent pas, et, ne consultant pas, le laissent cicatriser de lui-même. Or, on ne voit pour ainsi dire jamais chez eux, de chancre géant génital, alors qu'on observe très souvent dans ces races le chancre géant sus-pubien. D'ailleurs Fournier, Gaucher, Milian et bien d'autres ont souvent insisté sur ce fait que les chancres cutanés étaient souvent de grands chancres.

Un second point est à noter dans l'histoire des chancres géants : dans une proportion relativement importante, les observations signalent soit un traumatisme, soit une inflammation irritative de la région où va se développer le chancre géant. Cette proportion est d'autant plus importante que beaucoup d'observations se contentent de décrire les lésions, sans préciser l'anamnèse. On relève en effet :

1°) 8 cas de morsure auxquels s'ajoutent 2 cas où il y avait eu blessure de la main ou des doigts consé-

cutive à un coup de poing porté sur la bouche de l'adversaire; en tout 10 cas.

2°) 5 cas de lésions par le rasoir.

3°) 10 cas de traumatismes divers antérieurs ou concomitants au contage, se répartissant ainsi : 2 cas de plaie consécutive à une chute, 2 cas de plaie consécutive à un coup violent (dont 1 cas suivi de succion de la plaie), 1 cas de lésion du cuir chevelu avec un peigne, 1 cas où le malade avait été piétiné par un animal (avec blessure consécutive), 1 cas de lésion par scarification, 2 cas où le malade s'était enfoncé une pointe métallique, 1 cas où le malade s'était blessé avec un fil d'acier.

4°) 8 cas où l'on signale un grattage intensif de la région où va se développer le chancre soit avant, soit après le contage.

5°) 3 cas d'applications de teinture d'iode ou de topiques irritants.

6°) 6 cas où il existait une affection antérieure de la région du chancre, se répartissant ainsi : 2 cas de brûlure, 1 cas d'impétigo, 1 cas d'eczéma, 1 cas de phtiriasis et 1 cas de gale.

Soit, en tout, 42 cas sur 77. Il est, en plus, à noter que certains auteurs attribuent la grande étendue de l'ulcération primaire du col de l'utérus à la métrite préexistante. D'ailleurs, une des trois malades dont j'ai relevé l'observation était venue consulter pour végétations vulvaires et périvulvaires d'origine gonococcique.

Ces constatations n'ont, d'ailleurs, rien de parti-

culièrement nouveau. On sait bien que l'existence de balano-posthite ou d'herpès génital favorise la contagion. D'autre part Goyon, dans sa thèse sur les chancres du menton, note que fréquemment, on retrouve dans les observations que le malade était porteur de pustules d'acné.

CHAPITRE IV

Examen de diverses théories pathogéniques

« Le chancre, a écrit Bassereau, est la pierre de touche de la constitution. Par l'action qu'il exerce sur les tissus, il est permis de prévoir la marche des accidents consécutifs, soit prochains, soit éloignés qui pourront se manifester. La bénignité du chancre annonce des symptômes constitutionnels peu graves, sa malignité permettra au contraire de prévoir que le malade sera atteint de symptômes consécutifs d'une grande gravité. Après les chancres indurés bénins surviennent les éruptions syphilitiques bénignes, après les chancres indurés phagédéniques surviennent les syphilides pustuleuses graves, les exostoses suppurées, les nécroses, les caries. Toutefois cette règle n'est pas sans présenter des exceptions... » Il est encore heureux que Bassereau ait admis des exceptions à sa fameuse loi, car jamais loi ne fut aussi

controuvée. De nombreux travaux, entre autres les recherches de Lochte, ont montré que dans les cas de syphilis maligne, la lésion primaire et la première éruption ne présentent souvent pas un caractère grave. D'ailleurs, dans aucune observation, on ne signale qu'un chancre géant ait été suivi d'accidents particulièrement importants. Il est donc bien difficile de dire que le chancre est la pierre de touche de la constitution et expliquer de cette manière la plus ou moins grande intensité de l'accident primaire serait singulièrement audacieux.

Une théorie plus moderne a remis en honneur l'importance du terrain dans l'évolution de la syphilis et a expliqué par là la diversité des accidents syphilitiques suivant les races. Pour M. Sézary notamment, il se produirait comme une maturation de la syphilis au cours des âges et les races antérieurement indemnes seraient celles qui réagiraient le plus fortement à l'infection. Adaptant cette théorie à la question ici étudiée, on pourrait ainsi expliquer notamment la fréquence des grands chancres signalés par tous les auteurs qui ont étudié la syphilis chez les indigènes de l'Afrique du Nord. Sans vouloir entrer dans une controverse d'une portée aussi étendue, on peut cependant faire remarquer que toutes les observations ici recueillies concernent des sujets appartenant à des races anciennement « syphilitisées », que dans plusieurs observations, on relève chez un même individu la coexistence d'un chancre géant et d'un ou plusieurs chancres de dimensions ordinaires et qu'en

fin, si chez les indigènes musulmans, il est fréquent de rencontrer des chancres cutanés ou périgénitaux (scrotum, fourreau de la verge) très étendus, par contre, comme il a été déjà dit, les chancres du gland ou du prépuce sont chez eux absolument semblables à ceux des Européens. Donc, quelque soit l'opinion que l'on puisse avoir sur les causes de « l'orientation de la syphilis » chez des races non européennes, on est cependant amené à conclure que la question du terrain, à elle seule, ne peut expliquer les variations d'étendue des chancres.

Si la différence du terrain ne peut être mis en cause, n'y a-t-il pas une différence de « graine » ? On sait que depuis plusieurs années, des travaux célèbres ont été faits, notamment par MM. Levaditi et Marie, Fournier et Schwartz, pour rechercher si en réalité il n'y avait pas plusieurs espèces de tréponème, d'activité différente. Si, en effet, l'on inocule au lapin du sang de P. G. (virus neurotrope), les lésions n'apparaissent qu'après une très longue période d'incubation, quatre mois et demi au maximum et, au minimum, après plusieurs passages à des lapins, au bout de cinq à six semaines.

Au contraire, la période d'incubation est beaucoup plus courte quand l'inoculation est faite avec du virus provenant d'un chancre syphilitique (virus dermatrope); elle est alors au maximum de cinq à six semaines et se réduit après quelques passages à quinze jours.

Les lésions provoquées par le virus neurotrope

sont « essentiellement superficielles, érosions plus ou moins étendues, couvertes de squames et entourées d'une zone d'infiltration dermique ». De même, en inoculant au lapin du liquide céphalo-rachidien de P. G., certains auteurs ont obtenu des efflorescences papuleuses et non des chancres.

Au contraire, les lésions provoquées par le virus dermatrope sont des « lésions ulcéreuses, indurées, à base cartilagineuse, couvertes de croûtes, intéressant à la fois le scrotum et la vaginale. Ou bien encore, en utilisant d'autres souches, le virus dermatrope peut produire un « nodule profond, adhérent à la vaginale, devenant de plus en plus superficiel, envahissant la peau et s'ulcérant facilement ». Donc, lésions papulo-squameuses dans le cas du virus neurotrope, chancreuses ou même scléreuses dans le cas de virus dermatrope. Et, comme conclusion, Levaditi et Marie écrivent : « Si l'on accepte cette pluralité des variétés tréponémiques, on saisit mieux les raisons de certaines singularités cliniques et thérapeutiques de la syphilis cutanée, muqueuse et viscérale. Loin de nous l'idée d'écarter le facteur terrain, cet ensemble d'aptitudes acquises ou héréditaires, qui imprime aux tissus des particularités dans leur mode de réaction vis-à-vis d'une même souche microbienne. Ceci étant, notre conception rend compte pourquoi l'aspect des lésions primaires, secondaires et tertiaires varie d'un sujet à l'autre et aussi les raisons de certains échecs thérapeutiques. »

Telle est, en résumé, la conception très originale

et fort séduisante, je l'avoue, de Levaditi et Marie. On sait de combien de discussions elle a été le point de départ et que d'éminents syphiligraphes et neurologues l'ont âprement combattue. Plusieurs auteurs, entre autres le Professeur Sicard, ont apporté des faits qui viennent à l'encontre et, sans nier les résultats expérimentaux, se sont élevés contre une transposition audacieuse en médecine, de faits observés sur des espèces pas trop éloignées de l'espèce humaine. En outre, je dois faire remarquer que l'on trouve trop souvent des cas où chez un même individu des chancres d'aspect fort différent coexistent. Peut-on dire, l'anamnèse montrant que la source du virus est identique, que ces chancres sont déterminés par des tréponèmes différents ? D'autre part, le chancre géant étant avant tout un chancre extra-génital, peut-on dire que telle espèce n'agit qu'en territoire cutané et telle autre sur la muqueuse génitale ? Enfin les chancres génitaux sont-ils plus souvent suivis de complications nerveuses que les autres ? Cela serait fort difficile à soutenir, d'auteurs que plusieurs auteurs ont affirmé le contraire, prétendant que les chancres céphaliques étaient plus souvent que les autres, le prélude d'une syphilis nerveuse. Or, toutes proportions gardées, les chancres céphaliques sont beaucoup plus souvent géants que les chancres génitaux. Par conséquent, pas plus que la nature du terrain, la qualité du germe ne suffit à expliquer le pourquoi et le comment des chancres géants.

Tout récemment, une hypothèse fort ingénieuse a

été apportée par les Docteurs Paul Blum et Jean Bralez. S'appuyant sur des faits qui montrent que l'infection syphilitique existe avant l'apparition du chancre, notamment sur l'expérience de Neisser qui montre que si l'on prélève du sang à des animaux infectés cinq jours auparavant, on peut inoculer la syphilis à des singes, ces auteurs se sont demandés ce que signifiait alors le chancre qui, n'étant plus un « chancre d'inoculation », devenait ainsi « la première manifestation cutanée ou muqueuse d'une infection déjà généralisée ». Et ils se posent les questions suivantes : « La forme arrondie et nettement circonscrite du chancre n'est-elle pas sous la dépendance d'une lésion vasculaire ? Ne s'agirait-il pas d'une lésion ulcéreuse en rapport avec un mécanisme thrombosant ? » Dans ces conditions, l'endo et la péri-vascularite primitive aux alentours du point d'inoculation évoluant lentement, entraîneraient progressivement la production du chancre. Et ajoutent ces auteurs : « Cette hypothèse permet en outre de trouver une explication à certaines formes cliniques du chancre : nous voulons parler des chancres géants où la réaction focale est considérable et serait déterminée par une endovascularite importante. A cet égard, nous pouvons tirer argument de cette hypothèse pour expliquer également l'explosion des petites papules qu'il nous a été donné d'observer autour de certains chancres géants. Ces papules, résultats d'un véritable essaimage du tréponème à distance du chancre, ne seraient pas des manifestations secon-

daïres précoces précédant la roséole, comme Milian le supposait, mais seraient une conséquence directe de l'important processus thrombosant. »

Il est tout d'abord à noter que si le chancre syphilitique n'était qu'une manifestation locale d'une maladie générale, il serait difficile de comprendre pourquoi cette maladie générale amène des accidents variables suivant la porte d'entrée du virus : simple chancre parcheminé au niveau du gland, chancre géant au niveau de la paroi abdominale. On comprendrait que le mode de pénétration du virus eût une influence sur l'évolution de la maladie générale, comme c'est le cas pour le tétanos par exemple, mais on ne comprend pas que la maladie générale restant identique, ainsi que le virus qui en est cause, seule varie la première manifestation locale de cette maladie. le chancre, sans que des réactions locales aient à intervenir. D'ailleurs, en cas d'inoculation intra-veineuse directe, ou bien comme chez le singe, la maladie ne peut se produire, ou bien comme chez l'homme, elle évolue sans chancre ; il faut donc bien admettre qu'il existe un processus local, qui contribue à déterminer le chancre.

Et même, le fait pour le sang d'être précocement virulent, n'entraîne nullement le chancre à n'être qu'une sorte de « manifestation secundo-tertiaire » précoce de la syphilis. Le véritable déversement du tréponème dans le torrent circulatoire ne se fait en réalité qu'à la fin de la seconde incubation et c'est seulement de ce moment que date la généralisation

vraie de la maladie. La meilleure preuve en est qu'en cas d'auto-inoculation ou de réinoculation, on a de vrais chancres typiques, exactement comme chez un sujet non syphilitique, pourvu que ceux-ci apparaissent plus de dix jours avant les accidents secondaires, témoignage incontesté de l'infection générale vraie, celle-ci, puisqu'elle met le sujet en état d'immunité. En réalité, de même qu'en absorbant un liquide caustique, on provoque non seulement des lésions de la bouche, mais aussi du tube digestif, les premières cependant n'étant pas la conséquence des secondes, de même les ravages du tréponème doivent être considérés comme simultanément multiples; en pénétrant dans les tissus, il les lèse, mais ne se contentant pas de les léser, il va presque immédiatement préparer au loin les lésions qu'il provoquera un peu plus tard.

Une dernière opinion est à examiner, c'est celle du Professeur Hallopeau. Recherchant pourquoi certains accidents primitifs ont un volume considérable, d'où vient l'intensité de leur coloration, de leur induration, de leur ulcération, il reconnaît qu'« on ne peut attribuer l'exubérance de ces manifestations à la pullulation massive des parasites, car ils n'y sont pas surabondants et il y a même des cas où l'on ne pourrait pas les y rencontrer ». Pour lui, c'est une « suractivité initiale du virus » qu'il faut incriminer. Cette expression, à mon avis, est fort heureuse et, en réalité, représente bien le ou les phénomènes dont le chancre géant est l'aboutissant et le témoignage, à une condi-

tion toutefois, c'est qu'on n'ait aucune illusion sur sa valeur intrinsèque et qu'on se rende bien compte qu'il ne s'agit là que d'une étiquette bien choisie pour désigner un ensemble de processus et de réactions, dont il importe, si faire se peut, d'essayer de se rendre compte. De même que les géographes anciens, sachant qu'il y avait de vastes étendues de terre inconnues d'eux, mettaient ici et là sur leurs cartes d'Afrique ou d'Asie « terra ignota », la « suractivité initiale du virus » représente un mystère à pénétrer. Pour essayer d'y parvenir, il n'est d'autre méthode, je crois, que de grouper en une même synthèse et les faits cliniques que nous apportent nos 77 observations et les faits expérimentaux que nous apportent les recherches de laboratoire. Car, comme dit Claude Bernard : « Si l'observation clinique peut apprendre à connaître la forme et la marche des maladies, elle est insuffisante pour en faire comprendre la nature. »

CHAPITRE V

Eléments de syphilis expérimentale

L'homme diffère moins des singes supérieurs que ceux-ci ne diffèrent des singes inférieurs ! Telle était l'opinion de Quatrefages, opinion partagée par Huxley, opinion que les expériences relativement récentes de Grünbaum et Nuttall ont pleinement confirmée. A la suite de leurs recherches sur les propriétés hémolytiques, agglutinatives et précipitantes des sérums, ces auteurs ont établi que le sérum des animaux, préparé avec du sang humain, manifeste vis-à-vis du sang et du sérum d'homme, les mêmes propriétés que vis-à-vis du sang et du sérum des singes anthropoïdes (chimpanzé, gorille, orang-outan).

Ceci nous explique que, depuis longtemps, les expérimentateurs aient cherché à reproduire la syphilis sur le singe. Martineau et Hamonic, les premiers, semble-t-il, réussirent en 1882 à reproduire le chancre induré. Mais leurs expériences furent discu-

tées et leurs travaux n'eurent pas de suite. Et il faut attendre jusqu'en 1903, date de la publication dans les Annales de l'Institut Pasteur, du fameux mémoire de Metchnikoff et Roux, pour voir s'ouvrir en syphiligraphie une nouvelle période particulièrement féconde.

Or, des innombrables expériences faites, il est quelques détails qu'il est particulièrement intéressant de relever, en se plaçant uniquement au point de vue très spécial qui nous occupe. Un premier fait qui a bientôt frappé les expérimentateurs, c'est la différence de réceptivité chez une même espèce, suivant les régions où l'on pratiquait l'inoculation. C'est ainsi que Charles Nicolle, Metchnikoff et Roux ont relevé la fréquence des échecs après l'inoculation du chancre syphilitique aux zones génitales et périgénitales (pénis, scrotum, vulve, région périvulvaire, vagin). Bien plus, pour une même région cutanée, la réceptivité varie suivant le mode d'inoculation. Et même celui-ci étant identique, la réceptivité peut encore varier suivant d'autres facteurs. Ainsi, comme Neisser l'a observé, lorsqu'on pratique des inoculations au niveau de l'arcade sourcilière, on a beaucoup plus de chance de réussir en s'adressant à de vieux animaux qu'à de jeunes, de la même espèce. Neisser explique ces différents faits en apparence mystérieux par cette loi : Un territoire est d'autant plus réceptif à la syphilis qu'il est plus vasculaire. Et si l'on rencontre une telle variation de réceptivité au niveau de l'arcade sourcilière, c'est, d'après lui,

parce que les jeunes singes ont les arcades sourcilières revêtues d'une peau mince, molle et peu vasculaire, alors que les vieux animaux de la même espèce ont le tégument des sourcils épaissi, difficile à plisser et présentant en certains points une grande richesse vasculaire. Celle-ci, pour un territoire donné, ne suffit d'ailleurs pas à assurer la réussite, il faut encore que l'expérimentateur sache l'utiliser. Ayant déposé du virus spécifique sur une région préalablement dépouillée par un vésicatoire de son revêtement épidermique, mais dont tous les vaisseaux étaient intacts Neisser n'a pu obtenir l'apparition du chancre. C'est ce qui explique que tous les expérimentateurs aient reconnu que l'inoculation superficielle est insuffisante chez le singe ainsi que la simple piqûre ou la simple scarification. Pour réussir, Neisser a utilisé les brûlures, les lésions cutanées traumatiques, les plaies par écrasement ou par déchirure, pour y disposer le virus syphilitique. Méthode qui elle-même a donné de moins beaux résultats que la suivante (Metchnikoff, Neisser, Finger et Landsteiner) : après avoir fait avec un instrument tranchant des brèches cutanées, de véritables poches intra-dermiques, ils introduisirent dans l'intérieur de celles-ci des parcelles de tissu syphilitique. De la sorte ils ont obtenu des résultats presque constamment positifs.

Une fois l'inoculation pratiquée, quel en est le résultat ? Tout d'abord, comme chez l'homme, une période plus ou moins longue d'incubation divisée en réalité en une première période où la réaction de

l'organisme ne se traduit par rien du tout, et en une seconde période où l'on peut constater l'existence d'un véritable chancre microscopique. Et l'on arrive ainsi à l'éclosion de l'accident primaire. Celui-ci, chez le chimpanzé, débute par une ou plusieurs vésicules opalines, fermes et remplies de liquide, d'apparence herpétiformes, qui bientôt s'aplatissent et font place à des croûtelles; plus souvent par une saillie papuleuse qui ne tarde pas à s'éroder et dont le fond rouge, régulier, ressemble tout à fait à un chancre humain. Lorsque l'érosion s'est formée, il y a alors analogie parfaite entre l'aspect extérieur du syphilome du chimpanzé et celui de l'homme. La durée du chancre est la même dans les deux cas et l'on trouve également chez le singe une adénopathie satellite.

Chez les gibbons et chez les orangs-outans, qui sont encore des singes supérieurs, la lésion initiale ressemble cependant moins au chancre humain; elle s'accompagne encore d'adénopathie. Par contre, chez les singes inférieurs (bonnet chinois, etc.), l'accident primaire se réduit à une simple papule non indurée, souvent accompagnée d'œdème des tissus voisins. L'adénopathie est exceptionnelle. Cette lésion va guérir en huit jours, quelquefois moins et vraiment, si l'on n'était prévenu, on ne pourrait la considérer comme un syphilome primitif.

Les expérimentateurs ne se sont pas contentés de produire des chancres et d'en observer l'évolution. Ils en ont également étudié l'histopathologie. De leurs recherches, nous ne retiendrons que ceci : Ce qui

caractérise avant tout le chancre syphilitique, c'est la disposition périvasculaire de l'inflammation mononucléaire, et ce sont les altérations des vaisseaux sanguins qui intéressent à la fois les trois tuniques des vaisseaux. Ces lésions vasculaires et périvasculaires doivent être considérées comme une conséquence directe de la pullulation des tréponèmes autour des canalicules sanguins. Et parmi ceux-ci, ce sont avant tout les vaisseaux lymphatiques que préfèrent les tréponèmes. On trouve, en effet, les tréponèmes en abondance dans les espaces lymphatiques dilatés du syphylome primaire. Ces espaces, de dimensions variables, tapissés d'un endothélium hypertrophique, sont remplis d'une masse allumineuse coagulée, homogène, qui constitue un excellent milieu de culture pour le spirochète et qui n'est autre chose que de la lymphe coagulée. Tout ceci prouve, en vérité, que le tréponème possède une affinité marquée pour le système lymphatique.

Avant de s'adresser aux singes, certains expérimentateurs particulièrement audacieux n'ont pas craint d'utiliser l'animal qui vraiment est le plus réceptif à la syphilis : l'homme. Rollet nous relate longuement dans ses ouvrages, les observations de ces inoculations humaines. Celles-ci furent faites, tantôt en mettant la matière contagieuse sur la peau dénudée au moyen du vésicatoire ou par le frottement, tantôt seulement en l'insérant sous l'épiderme avec la lancette. Dans les inoculations pratiquées au moyen du vésicatoire, et surtout dans celles où l'on a

employé la scarification, l'accident primitif a presque toujours été, à sa naissance, multiple, apparaissant sous forme de lésions initiales d'abord isolées, et ne se réunissant de proche en proche que plus tard, comme si l'inoculation avait été faite sur plusieurs points bien distincts, quoique très rapprochés. Notamment, dans l'observation de Waller, celui-ci relate « que quatorze tubercules se développèrent sur les scarifications faites au malade, et que ce n'est qu'au bout de quelques jours que ces quatorze tubercules ne formèrent qu'un seul chancre ». Mais les résultats ne furent pas toujours aussi beaux et dans le cas de Baeresprung, sur trois inoculations contemporaines, on obtint simultanément des lésions variables : deux des lésions formèrent des chancres typiques érosifs et le troisième a produit une papule sèche.

Il est particulièrement intéressant de rapprocher de cette observation les résultats qu'obtinrent Maurice, Jullien et Queyrat, dans leurs expériences de réinoculation chez des sujets ayant spontanément contracté la syphilis. Or, suivant les cas, ou bien la lésion de réinoculation avait les caractères d'un chancre typique, ou bien au contraire elle ne s'éro-
dait pas et restait papuleuse. Le plus souvent les inoculations qui étaient multiples donnaient le même résultat, mais dans quelques cas on eut des résultats dissemblables : réunion de lésions papuleuses et érosives ; et lorsqu'il y eut des chancres apparaissant successivement, les derniers chancres furent caracté-

risés par leur petitesse. D'autre part, certains expérimentateurs (Observation Belhomme) n'obtinrent que des papules au lieu de vrais chancres; ils avaient mis leur malade au traitement mercuriel, avant d'attendre le résultat de la réinoculation. Enfin, certains expérimentateurs ayant fait des réinoculations en série sur le même malade eurent au début des chancres typiques, puis simplement des papules sèches, puis aucune réaction. L'ensemble de ces résultats permet donc de conclure, avec Sabarreau, que dans la majorité des cas : « Les chancres successifs apparaissant plus de dix jours avant les accidents secondaires seront de vrais chancres érosifs, typiques; au contraire, ceux qui se montrent dans les dix derniers jours qui précèdent ces accidents restent papuleux ou avortés. »

Telles sont les quelques notions de syphilis expérimentales qui permettent de conclure, avec Sabarreau, à rappeler ici; il ne nous reste plus qu'à les utiliser pour essayer de parvenir à résoudre cette question bien épineuse : Pourquoi tel chancre devient-il géant et tel autre reste-t-il de dimensions ordinaires ?

CHAPITRE VI

Théorie de la « Suractivité initiale du virus »

La syphilis expérimentale nous montre que pour produire un chancre chez l'animal, il faut au préalable préparer la région choisie par une action mécanique, lésant non seulement l'épiderme, mais atteignant également le réseau vasculaire sous-jacent.

Or 1°) Les inoculations pratiquées chez l'homme l'ont été par des procédés analogues à ceux employés chez l'animal.

2°) L'étude de la syphilis arabe nous montre la fréquence extraordinaire des chancres, en général très étendus, de la région sus-pubienne de l'angle péno-scrotal et du fourreau de la verge. Cette fréquence est attribuée par tous les auteurs à l'usage rituel de se faire raser les poils de cette région ; les multiples plaies minimales déterminées par le barbier servent de porte d'entrée au virus syphilitique.

3°) Enfin nous avons vu la fréquence anormale des traumatismes, des lésions, des inflammations de la peau, dans l'anamnèse des chancres géants.

Voici un ensemble de quatre faits indiscutables dont le rapprochement ne peut pas ne pas se présenter à l'esprit. Il est absolument certain que non seulement une solution de continuité importante de l'épiderme (autrement importante que l'excoriation minime du gland ou du prépuce préexistant au coït ou provoqué par lui) favorise la contagion, mais encore favorise l'action *in situ* du tréponème. Une nouvelle preuve de ceci peut être tirée de la durée de l'incubation. « C'est dans les cas d'inoculation directe de la syphilis, écrivent Balzer et Barthélémy, que le chancre peut se développer le plus rapidement. Car s'il a encore mis 25 jours à apparaître dans le cas de Bargioni (inoculé avec son consentement par Pallanzani), cas où il n'y avait d'ailleurs pas eu inoculation intradermique, il est habituellement plus précoce que dans la syphilis contractée autrement. Huit jours seulement s'écoulèrent après la contagion, dans un cas exceptionnel il est vrai, de syphilis transmise par le rasoir. » Et ne lit-on pas dans l'œuvre d'un auteur ancien comme Catonée : « Si videris infectionem diu latere, judica virus obtusam qualitatem habere. »

Cette durée écourtée de l'incubation s'explique d'ailleurs par la raison même de l'incubation. « La longueur d'incubation de la syphilis, disent Lévy-Bing et Laffont, provient de ce que le tréponème ren-

contre quelques difficultés à s'acclimater à de nouvelles conditions de vie et de nutrition et qu'il ne réussit à se multiplier que lorsqu'il est au contact de cellules vivantes et spécialement des endothéliums qui tapissent les vaisseaux lymphatiques. » Or il est bien évident qu'en cas de traumatisme antérieur, concomitant ou postérieur de peu au contag. une aide matérielle est apportée au tréponème qui est, pour ainsi dire, amené immédiatement « à pied d'œuvre ». Il en est à peu près de même, au cas d'une affection cutanée (brûlure, eczéma) ayant lésé l'épiderme et amenant une congestion vasculaire de la région.

Est-ce à dire que le traumatisme ou un équivalent quelconque de celui-ci suffise à expliquer à lui seul la genèse du chancre géant ? Ce serait d'une systématisation outrancière, un peu simpliste et d'ailleurs contraire à ce que montre la lecture des observations, dans l'anamnèse desquelles on ne retrouve pas toujours le traumatisme. Il y a un deuxième point à considérer. Comme cela a déjà été dit, les chancres géants sont le plus souvent extra-génitaux et se rencontrent électivement en certaines régions comme la paroi abdominale par exemple. Quelle en est la raison ? Est-ce au traumatisme à l'expliquer ? Certainement non. Mais ne connaissons-nous la prédilection du tréponème pour les vaisseaux lymphatiques ? Or l'anatomie nous apprend : 1°) Que les lymphatiques occupent à peu près exclusivement les tissus de nature conjonctive. 2°) Que les espaces conjonctifs ont

la signification de lacunes et gaines lymphatiques. Ce que l'anatomie nous apprend, l'histopathologie vient le corroborer en montrant très nettement, par l'étude des lésions de la syphilis, que le tréponème affecte un siège de prédilection manifeste qui est le tissu conjonctif. Dans la plupart des lésions, en effet, c'est dans le tissu conjonctif que se rencontre le tréponème. C'est ce tissu qui détermine la forme, la direction et le groupement des tréponèmes.

Qu'y a-t-il donc d'étonnant à ce que les régions riches en tissu conjonctif, ou ce qui revient au même en endothéliums lymphatiques, soient en même temps les régions où le tréponème a toute liberté, toute facilité pour se développer et pour se développer rapidement, sans être astreint, tout d'abord à une période plus ou moins longue d'adaptation. Par contre, et inversement, ne voyons-nous pas un chancre autrement fréquent que les chancres géants, le chancre du gland, manquer en général d'induration ? Le chancre du gland est en effet le plus souvent parcheminé, lamelleux. Eh bien, c'est par des raisons du même ordre que Finger, qui a particulièrement recherché la cause de cette absence d'induration, l'explique : « Dans la peau, en général, dit-il, le tissu réticulé ne contient pas de vaisseaux propres. Seuls les vaisseaux capillaires qui appartiennent aux glandes sudoripares et sébacées, aux follicules pileux, semblent par leur position même, constituer une vascularisation abondante du tissu réticulé. Partout où ces annexes (glandes et follicules) font défaut, il y a

absence de vaisseaux; or, c'est le cas pour la peau du gland. » Et l'on comprend maintenant ce fait : à région sus-pubienne (région riche en glandes et follicules, donc richement vascularisée) beau chancre; au gland (pauvrement vascularisé) chancre chétif. Et de même, c'est l'extrême richesse vasculaire du segment céphalique, siège des principaux organes des sens et du cerveau, qui explique l'étendue et l'exubérance des accidents primaires de ce segment.

Nous voyons donc maintenant les raisons qui provoquent cette « suractivité initiale du virus ». Mais pourquoi cette suractivité est-elle seulement initiale ? Le chancre, quoique géant, n'a pas tendance à s'étendre indéfiniment, caractère qui le différencie fortement du chancre phagédénique. D'autre part, il semble qu'à l'exception de l'accident primaire, la syphilis évolue ensuite normalement. La raison est que, dès l'instant où l'inoculation syphilitique s'est produite, il se déclanche, comme l'a montré le Professeur Gougerot, un double phénomène dont l'évolution nous explique toute la longue marche de la maladie : phénomène de sensibilisation et phénomène d'immunité. Au début le sujet inoculé avec des tréponèmes n'est pas sensible à l'action du parasite; il faut en moyenne atteindre vingt à trente jours, pour que, sensibilisé, il réagisse, et d'autant plus fortement que la sensibilisation aura été plus forte, plus active. Or, il est compréhensible que si d'emblée, le tréponème est introduit là où il a ses conditions optima de développement, la sensibilisation n'aura

pas besoin d'attendre aussi longtemps que dans la moyenne des cas, pour se produire et qu'elle sera plus énergique : d'où incubation parfois écourtée. d'où réaction de l'organisme plus brutale, plus violente et accident primaire plus développé. Mais, en même temps que se produit le chancre, avec un certain retard sur la sensibilisation, se développe l'immunité. C'est ce qui explique certains faits qui ont frappé les observateurs. Dans les deux cas de Nicolau (observations XLI et XLIV), les chancres étaient entourés d'un certain nombre de papules qui ne devinrent jamais des chancres. Et avec juste raison, le Professeur Nicolau estime que ces papules n'ont nullement la valeur d'accidents secondaires précoces, mais de chancres avortés. On sait d'ailleurs que dans le chancre expérimental, le chancre débute par une papule ou par une vésicule. Or, dans la fameuse observation de Pawloff, alors qu'il existait déjà des chancres typiques de la verge et de la région sus-pubienne, des bulles placées sur le ventre s'ulcérèrent et prirent l'aspect de chancres typiques qui finirent par fusionner pour former une vaste ulcération primaire.

D'ailleurs, ne sait-on pas que dans le cas où le traitement abortif de la syphilis échoue, la syphilis est le plus souvent, non seulement retardée, mais encore atténuée, et que dans certains cas, comme le dit le Professeur Gougerot, « le chancre est petit, quoiqu'il présente tous les caractères du chancre et qu'il s'accompagne d'adénopathie : il ne dure que

quelques jours ». Et n'avons nous pas déjà vu, dans la fameuse observation Belhomme relatée par Sabarreau, que le malade réinoculé n'eut que des papules au lieu de vrais chancres. L'auteur lui avait, en effet, donné le traitement hydrargyro-iodique avant même de produire son infection. De même n'avons-nous pas vu que, dans les expériences de réinoculation, une lésion devant paraître moins de dix jours avant les accidents généraux, restera papuleuse. On peut aussi rappeler que chez les petits singes, moins réceptifs à l'infection, l'accident primaire revêt souvent l'aspect d'une lésion papuleuse. On peut même se demander si la réaction érythémateuse, que l'on observe parfois autour du chancre, ne constitue pas tout simplement la forme la plus dégradée de réaction primaire dans un organisme réagissant à l'infection tréponémique, alors que l'immunité est sur le point de dominer la sensibilisation.

Et l'on voit alors que le chancre géant n'est en réalité que le premier élément d'une chaîne qui se poursuivrait par le chancre syphilitique ordinaire, le chancre parcheminé, le chancre nain, jusqu'à une simple papule, peut-être même jusqu'à une simple tache érythémateuse.

En réalité donc, « suractivité initiale du virus » cliniquement, mais théoriquement, au regard de la pathologie générale, activité normale, activité entière du tréponème, non amoindrie par des conditions de développement défavorables.

CHAPITRE VII

Chancres géants céphaliques

OBSERVATION I

(*Société des Sciences Médicales de Lyon*, nov. 1891).

M. Pauly présente un malade venant du service de M. Cordier. Ce malade offre un chancre syphilitique du front, de l'étendue de la paume de la main. Ce malade, âgé de 48 ans, avait reçu sur le front une planche qui lui fit une plaie à la place de laquelle s'est développé le chancre. Ce dernier s'accompagnait d'un engorgement ganglionnaire du même côté, c'est-à-dire à gauche.

Au moment de son entrée dans le service, le malade présentait une éruption secondaire : plaques muqueuses de la bouche, de la verge, alopecie. En même temps on voyait sur la pommette droite une plaque large comme une pièce de un franc, ayant tous les caractères d'un chancre induré et s'accompagnant à son tour d'un engorgement ganglionnaire du même côté. Ce second chancre, si on admet qu'il s'agit là d'un chancre, débuta un mois et demi après le chancre du front.

Pour M. Cordier, il s'agirait non pas d'un second chancre induré, mais bien d'un accident secondaire présentant tous les caractères d'un accident primitif.

OBSERVATION II

(WATSON. *New-York Medical Journal*, 1908, in *Annales des Maladies vénériennes*).

Il s'agit d'un malade qui fut mordu à la tête et qui portait sur la région pariétale droite une plaie irrégulière, croûteuse, large de deux centimètres. Autour de cette plaie, les cheveux avaient disparu sur la largeur d'une pièce de cinq francs. Il existait une adénite rétro-auriculaire bilatérale et une adénite cervicale plus marquée à droite. Il y avait en outre une éruption de syphilides papuleuses.

OBSERVATION III

(ZARUBIN. *Annales des Maladies vénériennes*, 1907).

Il s'agit d'une femme de 30 ans, présentant sur la région pariétale droite un chancre rond régulier de deux centimètres de diamètre, à bords tuméfiés, à base indurée et indolente, contenant peu de pus. De plus, il existait de l'impétigo du cuir chevelu, une adénopathie cartilagineuse sur le bord antérieur du muscle trapèze droit et une légère adénopathie inguinale. Ultérieurement, apparition de roséole.

La cause de l'infection était l'usage d'un peigne commun à la malade et à son mari.

OBSERVATION IV

(DELINOTTE, *Thèse Bordeaux*, 1919-1920).

M^{me} C..., mécanicienne, vient consulter le 6 septembre 1899. Elle avait été mordue à l'oreille droite par un homme, il y a deux mois, et présente le 6 septembre une vaste ulcération de trois centimètres de diamètre, occupant la partie supérieure du pavillon à contours mous et suppurants. Le 13 septembre, malgré un pansement

humide borigué renouvelé depuis huit jours, la lésion ne s'est pas modifiée et les bords sont un peu décollés, très mous; le fond est ranieux, recouvert d'une membrane dyphtéroïde. Aucun antécédent syphilitique. On pense alors à un accident primaire, la personne qui a mordu étant connue comme syphilitique. La malade est mise au traitement (pilules de protoiodure). Le 7 février 1900, apparition de syphilides tuberculeuses de la narine droite.

OBSERVATION V

(FOURNIER, *Chancres extra-génitaux*).

Il s'agit d'un malade qui, dans une rixe avec un lutteur de fêtes publiques, fut cruellement mordu à l'oreille par son adversaire. La morsure avait détaché, racontait le blessé, « un gros morceau de l'oreille ». Néanmoins la plaie guérit tout d'abord en quelques jours. Puis, quatre semaines plus tard, elle se rouvrit, s'encroûta, s'ulcéra, et en quelques jours s'élargit « en mangeant tout ce qui était autour d'elle ». Quand le malade fut examiné pour la première fois par Fournier, il existait une ulcération profonde s'étendant sur le tragus, la moitié supérieure du lobule et toute la région moyenne du pavillon. Cette ulcération s'étendit bientôt sur la partie postérieure de l'oreille pour envahir ensuite l'apophyse mastoïde, puis le sillon auriculo-temporal, puis les téguments crâniens où elle constitua une zone ulcéralive en forme de croissant sur une largeur de deux à trois centimètres.

OBSERVATION VI

(FOURNIER, *Chancres extra-génitaux*).

Dans ce cas, Fournier vit le pavillon (à l'exception de la moitié inférieure du tragus), être transformé sur ses deux faces en une énorme ulcération, mesurant de

six à sept centimètres en hauteur sur une largeur de deux à trois centimètres. Épaissie, amplifiée de volume et modifiée comme configuration, l'oreille était devenue presque méconnaissable. L'iodoforme fit merveille pour enrayer ce « phagédénisme » et la cicatrisation s'accomplit d'une façon vraiment assez rapide, eu égard à l'étendue de l'ulcération, mais non sans laisser, sur le pavillon, des crénelures et des délabrements du plus disgracieux aspect.

OBSERVATION VII

(William ANDERSON. *British Journal of Dermatology*, janvier 1889, in *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, 1890).

Il s'agit d'un homme de 29 ans, portant une large ulcération ovalaire sous l'œil droit, ulcération qui comprenait la paupière inférieure et la joue et qui avait deux pouces de diamètre transversal sur un demi-pouce de diamètre vertical. Elle faisait une saillie d'un sixième de pouce et était lisse, rougeâtre, un peu irrégulière; les bords étaient bien arrêtés, un peu indurés, fort renversés. Ulcération peu sensible. Les glandes sous-maxillaires étaient tuméfiées et dures. Il y avait une roséole caractéristique sur le corps et sur la figure. Le malade prétendait avoir reçu sur l'œil sept semaines auparavant un coup qui causa une ecchymose et une excavation; à la suite de cette blessure un ami qui avait des plaques muqueuses buccales pratiqua la succion de la blessure.

OBSERVATION VIII

(HALLOPEAU et TRASTOUR. *Ann. de Derm. et Syph.*, 1900).

François L..., 46 ans, charretier, entre le 7 novembre 1900 à la salle Bazin. Il présente une ulcération siégeant sur l'arcade sourcilière du côté gauche, au niveau de

l'extrémité interne du sourcil. Cette ulcération a succédé à une morsure faite à ce niveau par un camarade au cours d'une rixe, il y a environ deux mois.

A l'endroit de la morsure, il s'est formé une croûte qui est bientôt tombée; à sa place, il s'est développé, au bout d'environ trois semaines, un petit bouton qui a rapidement augmenté de volume, s'accompagnant d'une adénopathie préauriculaire et sous-maxillaire gauche, laquelle persiste encore en ce moment.

Après trois semaines de traitement, l'ulcération, en voie de cicatrisation, a une forme irrégulièrement losangique avec une partie centrale croûteuse et une partie périphérique d'un rouge vif. Elle a environ 2 cent. 1/2 de longueur, sur 1 cent. 1/2 de largeur, est entourée d'un bourrelet rosé dont la couleur va en décroissant vers la périphérie. Epais de 1 centimètre environ, ce bourrelet forme avec l'ulcération qu'il environne, une masse de la grosseur d'une pièce de 2 francs environ, empiétant à la fois sur le front, sur la racine du nez et sur le grand angle de l'œil gauche.

Il existe, outre un ganglion préauriculaire gauche, une adénopathie sous-maxillaire du même côté; les ganglions sous-épitrochléens sont également très volumineux; enfin il existe une pléiade ganglionnaire considérable au niveau de chaque pli inguinal. Sur le tronc, roséole très nette; on trouve en outre quelques syphilides papuleuses sur les épaules et sur la région lombaire.

OBSERVATION IX

(Jean BOBRIE, de La Rochelle. *Ann. des Mal. Vén.*, 1914).

S. H., cultivateur, 54 ans, fut victime en août 1913 d'un accident. Renversé et piétiné par une vache, il subit à la région externe de la paupière supérieure droite, un traumatisme important à la suite duquel les deux pau-

pières supérieure et inférieure du côté droit devinrent le siège d'une inflammation chronique longuement suppurante, puis de multiples fistules, dont quelques-unes laissent encore aujourd'hui écouler un peu de pus. (Le globe oculaire fut respecté lors du trauma et est encore aujourd'hui indemne.)

Au début d'octobre 1913, coït extra-conjugal.

Le 8 novembre, il aperçoit sur le gland la présence d'une petite masse à laquelle il n'attacha d'importance que le 20 novembre, date à laquelle il vient consulter.

On trouve un accident primitif typique du sillon balano-préputial, avec ganglions inguinaux caractéristiques dont la nature est indiscutable.

Mais le malade présente en outre à la paupière supérieure droite une érosion indolente, ovulaire, recouverte d'une croûte dure, noirâtre, mesurant 3 cent. de diamètre transversal et 2 cent. de diamètre vertical et reposant sur une base très indurée, sans pourtant que le malade éprouve, de ce fait, en relevant la paupière, une sensation de gêne.

Le malade affirme que le larmolement et la sécrétion fistulaire n'ont point augmenté depuis l'apparition de cette petite tumeur palpébrale qui aurait commencé à se montrer vers le 10 novembre, mais dont il ne s'était nullement inquiété à cause de son indolence d'abord et des phénomènes inflammatoires divers dont sa paupière est le siège, depuis bientôt trois mois.

La croûte enlevée a montré une érosion cupuliforme à fond rouge musculaire et des frottis faits avec la sérosité recueillie dans cette petite cavité ont montré la présence de spirochètes.

Il existe un ganglion dur hypertrophié et absolument indolent dans la région préauriculaire droite.

Le 21 novembre, le malade est mis en traitement antispécifique.

Le 20 décembre, la roséole est apparue.

Il est très vraisemblable que « pendant le coït infectant », le malade a porté ses doigts mouillés du pus des plaques muqueuses à la région palpébrale enflammée, suintante et suppurante.

OBSERVATION X

(FROMENT et ROME. *Lyon Médical*, 1908).

Il s'agit d'un malade du service du Professeur Lépine, âgé de 42 ans, entré à la clinique le 5 mai 1908, pour hémiplegie alterne, survenue trois jours auparavant, d'une manière brusque. L'hémiplegie alla rapidement en s'améliorant, mais vers les derniers jours de mai, le malade se plaignit de démangeaisons au niveau de la narine droite et l'on vit se développer en même temps, à l'aile du nez, une ulcération étendue qui empiéta rapidement sur la lèvre supérieure.

L'ulcération à peu près indolente était recouverte de quelques croûtes jaunâtres; elle avait un fond rouge, parfaitement lisse; ses bords présentaient une induration nette. Pendant le séjour du malade dans le service, est apparu un ganglion sous-maxillaire induré qui faisait défaut lors de l'entrée à l'hôpital.

Lépine montre le malade au Professeur Collet qui porte le diagnostic de chancre induré du nez.

Actuellement (24 juin 1908) l'ulcération est en voie d'amélioration. Elle a régressé et se limite au pourtour de la narine droite. L'adénopathie a diminué également, mais on sent encore un petit ganglion sous l'angle de la mâchoire à droite, et les bords de l'ulcération restent indurés.

OBSERVATION XI

(LENOBLE, *Thèse Paris*, 1908).

H... Marie, 37 ans, entre le 11 novembre 1907 dans le service du Professeur Gaucher, présentant une roséole généralisée.

On constate que l'accident primitif siège à la partie inférieure de la cloison de la fosse nasale gauche. Le chancre revêt la forme d'une véritable tumeur sessile, mamelonnée, rouge, saignant facilement, légèrement sensible à l'exploration du stylet. La rhinoscopie antérieure est difficile et douloureuse en raison de l'œdème des parties molles. La partie postérieure du chancre est recouverte d'une fausse membrane diphtéroïde; ses dimensions sont en longueur d'environ 3 cm.; d'autre part, il occupe toute la hauteur de la cloison et arrive au contact du plancher. Il existe une adénopathie sous-angulo-maxillaire gauche; il n'existe pas de ganglions préauriculaires, ni aucun ganglion du côté opposé.

L'étiologie de ce cas est assez obscure, étant donné le peu de renseignements que la malade a pu fournir; elle raconte avoir eu à la face un bouton qu'elle a gratté.

OBSERVATION XII

(LE BART, *Thèse Paris*, 1894).

Il s'agit d'un malade observé en 1876, à Saint-Louis, dans le service du Docteur Hillaret. Ce malade était porteur d'un chancre syphilitique ayant amené une déformation complète d'une narine. Le néoplasme d'un volume vraiment extraordinaire doublait le bord de l'aile du nez et l'ulcération s'était épanouie en éventail, en empiétant sur les tissus du voisinage. Le fond, comme boursofflé et proéminent sur les bords, était d'un rouge musculaire très accentué avec quelques points ecchymotiques et une apparence générale vernissée.

OBSERVATION XIII

(LE BART, *Thèse Paris*, 1894).

B..., 22 ans, passementier, entre le 15 octobre 1881 à Saint-Louis. Il y a trois mois environ, dans une rixe, il a été mordu au nez par un individu qu'il dit être un souteneur et qui, selon lui, avait mal à la bouche. La morsure a atteint l'aile droite du nez. Elle n'a pas saigné, ou à peine, au moment où elle a été faite. Cependant elle s'est enflammée progressivement; la plaie s'est endurcie et n'a pas tardé à offrir toutes les apparences d'une verrue (expression du malade) que le malade s'est mis à écorcher.

Les ganglions sous-maxillaires sont engorgés, durs, non douloureux. Il y a à peu près un mois que cette adénite a été remarquée du malade.

Il existe dans la région sous-hyoïdienne gauche deux plaques de la longueur, l'une d'une pièce de dix centimes, l'autre d'une pièce de cinq centimes. Ces plaques sont recouvertes de croûtes et leur base n'est pas indurée.

Le 18 octobre, la plaie du nez présente une large ulcération aplatie. Elle est de la dimension d'une pièce de deux francs. Les bords en sont rougeâtres, luisants et présentent dans leur voisinage un empâtement assez régulièrement distribué, d'une couleur rouge violacée. Le fond aplati est gris-jaunâtre comme violacé; il donne un pus sanieux. Au niveau de la cloison, les bords de la plaie font un léger bourrelet qui surplombe la lèvre supérieure.

Le diagnostic de syphilis fait à l'entrée à Saint-Louis est confirmé quelques jours plus tard par l'apparition d'une roséole.

OBSERVATION XIV

(THIBIERGE. *Gazette hebdomadaire de Médecine et de Chirurgie*, 1894).

X..., 52 ans, teinturier en laines, entre le 8 décembre 1893 dans le service du Docteur Besnier, suppléé à ce moment par Thibierge.

Le malade venait consulter pour une lésion du nez qui était tuméfié, d'un rouge légèrement livide dans toute son étendue; la rougeur s'étendait sur la partie adjacente des deux joues, remontant jusqu'à l'insertion de la paupière inférieure, accompagnée d'une légère tuméfaction des parties atteintes, qui s'effaçait à leur limite, sans constituer de bourrelet comparable à celui d'un érysipèle, mais était néanmoins limitée.

A première vue et malgré l'absence de bourrelet, l'impression produite était celle d'un érysipèle; mais l'examen plus attentif et l'interrogatoire du malade montrèrent que ce diagnostic était erroné.

En effet, le début des lésions remontait à deux mois, et il y avait un mois environ que débordant le nez, siège initial du mal, elles avaient envahi les joues et, depuis lors, leur aspect ne s'était pas sensiblement modifié.

En faisant préciser davantage la succession des accidents, on apprenait que, deux mois auparavant, il s'était développé à la partie interne de la narine gauche, au voisinage immédiat de l'orifice, un « petit bouton » qui déterminait une sensation de gêne et que le malade écorcha à plusieurs reprises avec ses doigts; ce petit bouton s'étendit et déborda légèrement le nez pour atteindre la lèvre supérieure. Puis il y a environ un mois, le nez s'était tuméfié, et dans l'espace de huit à dix jours, les lésions prirent l'aspect qu'elles présentent actuellement, à la suite d'applications d'eau-de-vie.

Le malade vit successivement un pharmacien, puis

un médecin : diverses pommades, des cataplasmes de fécule de pommes de terre et des pansements à l'eau boriquée furent tour à tour essayés.

Le malade attribue la progression des lésions aux applications qu'il a faites et à l'irritation produite par les poussières de laine imprégnées de matières colorantes qu'il est exposé à respirer continuellement dans l'exercice de sa profession.

A l'examen, on constate que la tuméfaction, tout en portant sur la totalité du nez, prédomine sur la narine gauche, qui fait une saillie considérable déformant l'organe. Le tégument est rouge, parsemé par places de très petites squames consécutives à des vésicules produites par les applications externes. On voit par places des cicatrices déprimées de pustules, reliquats de la variole dont le malade a été atteint à l'âge de 13 ans; ces cicatrices, jointes à la tuméfaction et à l'infiltration des parties malades, rappellent quelque peu l'aspect de certaines lésions syphilitiques tertiaires de la face.

La consistance des tissus, sensiblement normale au niveau de la racine du nez et sur toute l'étendue de la narine droite, est profondément modifiée dans la partie inférieure de la narine gauche. Au niveau du lobule, il existe une infiltration dure, donnant la sensation d'une masse résistante, presque cartilagineuse, dans laquelle le doigt ne peut s'enfoncer.

L'orifice narinaire gauche, au lieu d'être aplati transversalement comme le droit, tend à se rapprocher de la forme d'un cercle; il est en même temps très élargi et environ trois fois plus large que celui du côté droit. Sur tout son pourtour, il est exulcéré et l'exulcération se prolonge dans la narine; la surface de l'ulcération est d'un rouge assez foncé, lisse, très légèrement suintant, d'aspect comme vernissé, avec quelques points rouges,

plus foncés; son bord est un peu sinueux, limité par un petit liséré de squames blanchâtres.

Dans sa portion sous-nasale, la lèvre supérieure est tuméfiée, rouge, l'ulcération empiétant sur elle dans l'étendue d'un demi-centimètre environ.

La rougeur se prolonge sur les deux joues, mais y est moins prononcée que sur le nez; elle occupe la joue gauche depuis la base de la paupière inférieure jusqu'à la commissure labiale et la joue droite dans une étendue un peu moindre, et s'accompagne d'un certain degré de tuméfaction, mais il n'y a aucune trace d'induration : les parties tuméfiées ont une consistance plutôt molle et donnent plutôt au doigt la sensation de l'œdème.

On trouve dans les régions parotidiennes et sous-maxillaires des ganglions durs, non adhérents, ne dépassant pas le volume d'une petite noisette, plus volumineux et plus nombreux à gauche qu'à droite.

Sur la face, on voit quelques petites taches rouges de la dimension d'une lentille, développées il y a huit jours environ. C'est vers la même époque que sont apparues quelques papules rouges, disséminées sur le tronc, où elles sont entremêlées de macules de roséole, que l'on retrouve également sur les membres.

Il existe des adénopathies multiples rétro-cervicales et inguinales; de l'alopecie; pas de lésions des muqueuses. Aucune trace de chancre dans la région génitale. Le malade a séjourné dans le service deux mois; l'exulcération s'est d'abord étendue sur la sous-cloison; puis les lésions ont commencé à se réparer; la tuméfaction du nez et des parties adjacentes a diminué sous l'influence de pansements antiseptiques, en même temps que les autres lésions syphilitiques se sont amendées sous l'influence des injections d'huile grise. Lorsque le malade est parti de l'hôpital, le volume de son nez avait considérablement diminué, et quoique l'induration des

narines ait persisté, les lésions ne rappelaient plus que de très loin l'aspect qu'elles offraient au moment de son entrée.

OBSERVATION XV

(P. CHAPUIS, interne des Hôpitaux de Lyon,
Gazette des Hôpitaux, 1894).

C... Auguste, 23 ans, libéré du service militaire (3 ans en Algérie) depuis la fin septembre 1893. Pour des raisons d'ordre strictement matériel (épidémie de choléra en Algérie, troupes consignées, etc.) n'avait pas eu de coït, ni en août, ni en septembre. Ce n'est qu'à son retour, dans son pays natal, à Saint-Etienne, qu'il passe la nuit du 18 au 19 octobre avec une fille de maison : coït anormal, attouchements, etc. Il y avait donc ce jour-là plus de deux mois et demi, près de trois mois que Chot... n'avait eu aucune espèce de rapports vénériens. A cette date du 18-19 octobre, il est sûr qu'il n'avait absolument rien du côté du nez. Trois jours après ce coït, quatre au plus, il s'aperçoit d'une petite ulcération, à peine large comme la tête d'une épingle, à l'intérieur de la narine droite, sur la face interne de l'aile nasale. Cette ulcération devint rapidement la cause de cuissons continuelles, assez vives à l'air froid, mais la douleur restait toute locale. Dès les premiers jours, une rougeur sombre apparut sur la narine correspondante, en même temps que les ganglions sous-maxillaires du même côté devinrent gros et douloureux. Puis l'ulcération s'est étendue progressivement, gardant une teinte rouge, mais sans hémorragies, et laissant suinter un peu de sérum louche, sans véritable suppuration. Au bout d'une dizaine de jours, le nez avait pris un si vilain aspect que le malade n'osait plus se montrer dans la rue. Enfin, sur l'avis du Docteur Duchamp, chirurgien des

hôpitaux de Saint-Etienne, qui avait reconnu un chancre syphilitique, C... se présentait à l'Antiquaille le 16 novembre, c'est-à-dire au 23^e ou 24^e jour après le début de son « mal ». On constate alors que :

Les 2/3 inférieurs du nez sont déformés par une infiltration œdémateuse qui prédomine à droite. Le lobule forme une masse arrondie, les ailes du nez sont épaissies et élargies, surtout celle du côté droit. La sous-cloison pend abaissée. Sur toute cette région s'étend une teinte rose sombre, livide, ou plutôt violacée, lie-de-vin, claire. Cette rougeur colore un œdème dur, lisse, poli, luisant, qui se laisse maintenant palper entre les doigts, sans douleur. A la surface, de petites squames blanches, pareilles aux furfures d'un érysipèle qui s'étend.

En renversant la tête du malade, de façon à bien voir, de face, l'intérieur des narines, voici ce qu'on trouve : l'ulcération a fait maintenant le tour de la paroi intérieure de la narine droite; elle occupe toute la lèvre interne du rebord de l'aile et de la sous-cloison, de façon à décrire une couronne ovale complète, à grand axe antéro-postérieur. Ce n'est pas l'ulcération qui apparaît tout d'abord, mais des croûtes impétigineuses, irrégulières, épaisses; obturant en partie l'entrée de la narine, ces croûtes interceptent un orifice irrégulier et étroit, d'où une certaine gêne de la respiration et le sommeil avec la bouche ouverte. Les croûtes enlevées, une ulcération apparaît, dont le fond n'est pas creusé, ni surélevé, mais à peu près sur le même plan que les parties circonvoisines. Ce fond est d'un beau rouge jambon, à part un point large comme une lentille, où les parties superficielles sont d'un gris de nécrose. Les bords dessinent une ligne courbe assez régulière; ils ne sont pas à pic, ni décollés, ils se continuent avec le plan du fond. Le palper digital de ces bords qui reposent sur une infiltration

rénitente, ne donne pas d'autre sensation tactile que la demi-dureté de l'œdème local.

L'ulcération remonte jusqu'à deux centimètres et demi ou trois centimètres environ dans la narine droite. Dans la narine gauche, dont l'entrée est rétrécie par l'épaississement de la sous-cloison, on trouve de petites croûtes d'impétigo qui n'ont aucun cachet de spécificité.

Les ganglions sous-maxillaires droits, dont l'envahissement coïncide avec le début de l'ulcération intra-nasale, font une masse très apparente.

Rien aux organes génitaux, rien à l'an us, rien dans la bouche.

Dans la nuit du 16 au 17 novembre, belle roséole papuleuse. Le 20 novembre, l'éruption est dans toute sa beauté.

Fin décembre : le malade a été soumis au traitement habituel. Les accidents initiaux et les syphilides ont suivi une évolution normale. Il ne reste plus à la place du chancre qu'une tache rose un peu plus dure au palper que les parties voisines.

Chapuis a recherché le mode d'étiologie de cet accident primaire qu'il est difficile de rapporter, soit au dernier coït survenu trois ou quatre jours seulement avant le début de l'accident, soit à l'avant-dernier qui remontait à quatre-vingt jours au moins. Pour lui, l'explication serait la suivante : ce jeune homme était, en Algérie, ordonnance de son capitaine, lequel était atteint d'une maladie vénérienne. Le capitaine avait l'habitude de jeter tous les jours sur le parquet des matières à pansement, du coton, de petits morceaux de linge souillés de pus et d'iodoforme, que l'ordonnance était obligé de ramasser et de porter aux cendres.

Etant donné d'autre part la mauvaise habitude que C... a toujours eue de porter les doigts dans ses narines

où il avait fréquemment des croûtes d'impétigo, il est facile de reconstituer le mode de contagion.

Dans cette hypothèse l'incubation minimum n'aurait pas duré moins de 22 jours; on peut en reporter le maximum aussi loin qu'on voudra à travers les mois de septembre et d'octobre.

OBSERVATION XVI

(DELINOTTE, *Thèse Bordeaux*, 1919-1920).

X..., Américain, 49 ans, vient consulter le Professeur Petges, le 27 juin 1913, pour une lésion de la joue gauche. Il existait une ulcération reposant sur une véritable néoplasie, saillante d'un demi-centimètre, ovale, de 4 cm. de long sur 2 1/3 à 3 de large, suintante plus que suppurante; en plus, il y avait une grosse adénopathie préauriculaire et sous-maxillaire. Après quelques jours de pansements à l'eau bouillie, on trouva de nombreux tréponèmes. Ce chancre évoluait depuis une quinzaine de jours. La contamination faite chez un coiffeur, par un rasoir, était presque certaine.

OBSERVATION XVII

(BERNARD, *Annales de la Poclinique Centrale de Bruxelles*, 1914, in *Annales des Maladies vén.*, 1914).

Il s'agit d'un homme de 25 ans, porteur d'un chancre induré de la face siégeant devant l'oreille. Les dimensions de ce chancre dépassaient celles d'une pièce de cent sous. Il empiétait sur le tragus, l'antitragus et le lobule de l'oreille. L'induration était énorme, l'engorgement ganglionnaire volumineux. Cette lésion avait été prise en Allemagne pour un lupus tuberculeux,

OBSERVATION XVIII

(D^r Paul BLUM. *Cas inédit observé à l'Hôpital de St-Denis*)

Lucien Le R..., 26 ans. Comme le montre la photographie, il s'agit d'un chancre géant situé au-dessus de la commissure labiale gauche, avec petit trajet fistuleux, à la partie inférieure de la région sus-maxillaire gauche. Ce malade vint le 26 août 1930, en chirurgie, à Saint-Denis, avec une plaie de la joue, accompagnée d'un bubon sous-maxillaire gauche. On se demanda s'il ne s'agissait pas d'une affaire bacillaire, et on fit une ponction du bubon, mais l'examen du pus fut négatif. Ce n'est que vers la fin novembre que des accidents secondaires, sous forme de papules, se montrèrent et que le malade fut envoyé au docteur Paul Blum. R. W. positive. Photographie exécutée le 25 novembre à Saint-Louis. Après avoir reçu quatre ou cinq injections de novar, le chancre étant en voie de cicatrisation, le malade disparut, ce qui explique que l'on ne put rédiger à ce moment une observation complète. Ayant pu, avec difficultés, avoir avec lui, en avril 1931, une conversation téléphonique, je pus apprendre : 1° Que son chancre était complètement cicatrisé et qu'il n'avait plus aucun accident sur les téguments; 2° qu'ayant fait en juin-juillet un séjour à la campagne, il se faisait alors raser chez un coiffeur, contrairement à ses habitudes. Un petit bouton situé à l'endroit du chancre aurait été aussi écorché et la « plaie » se serait ultérieurement développée à ce niveau.

OBSERVATION XIX

(GAUCHER et MERLE. *Soc. de Derm. et de Syphil.*, 1909).

Il s'agit d'un malade, âgé de 37 ans, qui présente un chancre syphilitique de la lèvre inférieure depuis actuellement trois semaines. Ce chancre occupe toute la partie droite de la lèvre depuis la commissure jusqu'à la ligne



OBSERVATION XVIII

(Service photographique de Saint-Louis).

Chancre géant de la joue avec trajet fistuleux de la partie inférieure de la région sus-maxillaire gauche.

médiane. Dans sa portion moyenne, il tend à creuser et à s'enfoncer dans les tissus; l'extrémité médiane, au contraire, est marquée par une saillie volumineuse, constituant un bourrelet d'apparence néoplasique. En dedans, le chancre ne s'étend pas loin sur la muqueuse. En bas, au contraire, il a tendance à ulcérer la peau, et depuis que nous l'observons, il a gagné dans cette direction près d'un demi-centimètre.

La surface est sanieuse et suinte abondamment. L'induration de la base est massive, surtout vers la partie médiane. Il existe à droite un volumineux ganglion angulo-maxillaire.

Le malade éprouve des douleurs presque constantes sous forme de cuissons, de brûlures, et parfois son sommeil en est troublé.

Malgré le traitement (25 piqûres actuellement), la modification n'est pas très sensible depuis le début et il est probable que cette ulcération laissera après sa cicatrisation une déformation de la lèvre inférieure.

OBSERVATION XX

(HALLOPEAU et FRANÇOIS-DAINVILLE. *Société de Derm. et de Syph.*, 1912).

Blanche L..., 32 ans, couturière, vient consulter à la Maison Départementale de Nanterre, le 20 juin 1912, pour une ulcération volumineuse de la lèvre supérieure apparue le 22 mai dernier. La malade se rappelle fort bien avoir reçu dans cette région plusieurs baisers suspects au début d'avril de la même année; depuis l'apparition de l'ulcération, elle n'a fait aucun traitement.

L'ulcération, dont les dimensions dépassent celles d'une pièce de deux francs, contourne l'aile du côté droit, sans l'intéresser. Le rebord croûteux qui existe partout ailleurs fait défaut ici; par suite l'ulcération n'est pas

circulaire, elle présente une encoche qui suit exactement le sillon naso-labial dans presque toute son étendue, sur une longueur d'environ deux centimètres. Toute la surface de l'ulcération est recouverte d'une croûte noirâtre; lorsqu'on enlève cette croûte, on met à découvert une surface saignante, de couleur chair musculaire, creusée en godet.

L'induration que l'on constate en prenant l'ulcération et le pouce est peu prononcée.

On note une coloration érythémateuse sombre, sur un rayon de six à huit millimètres autour de l'ulcération; on trouve deux gros ganglions indolores à l'angle de la mâchoire du côté droit.

OBSERVATION XXI.

(HALLOPEAU. *Ann. de Derm. et de Syph.*, 1903).

X..., 31 ans, verrier, vient consulter à Saint-Louis, en décembre 1900, pour une vaste ulcération occupant la commissure labiale gauche, la face interne de la joue correspondante et le tiers externe de la lèvre inférieure. Cette ulcération, si étendue, est recouverte, au niveau de la surface cutanéomuqueuse, d'une sécrétion croûteuse; elle est d'un rouge vif au niveau de la muqueuse; elle repose sur une base indurée, saillante et s'accompagne d'une tuméfaction manifeste de la joue. Au-dessous du maxillaire inférieur existe une adénopathie volumineuse, dure, gênante, mais non douloureuse, occupant toute la région sous-maxillaire gauche.

L'ulcération daterait, d'après le malade, de quatre à cinq semaines environ.

Dix à douze jours après l'entrée du malade, éruption érythémato-papuleuse sur le tronc.

Diagnostic : Chancre syphilitique. Un traitement intensif est institué. Les suites furent bénignes. Au bout

de six mois, l'induration et l'adénopathie avaient disparu; la cicatrice de l'ulcération primitive était peu marquée et régulière.

OBSERVATION XXII

(KORCHOFF. *Roussi Vestnik Dermatologie*, mai 1924, in *Ann. de Derm. et de Syph.*, 1927).

Il s'agit d'un homme porteur d'un chancre géant de la lèvre supérieure avec adénopathie polyganglionnaire sous-maxillaire. R. W. positive. Le mode de contagion est un baiser avec morsure à la lèvre, que le malade a reçu accidentellement, six à huit semaines auparavant, d'une femme inconnue, dans un wagon de chemin de fer.

OBSERVATION XXIII

(DUNCAN BULKLEY. *Syphilis in the innocent*).

Il s'agit d'une jeune fille de 20 ans (appartenant à la bonne société, « très comme il faut ») qui, depuis quatre semaines, présentait une plaie au niveau de la commissure labiale droite. Cette plaie refusait de guérir, s'agrandissait et fut bientôt accompagnée d'un gonflement ganglionnaire sous la mâchoire. Deux semaines avant sa visite, survint une éruption maculeuse presque généralisée. Pendant presque toute la durée de ces quatre semaines, elle avait eu de violents maux de tête, et, en dernier lieu, sa gorge avait été enflammée.

A l'examen, fait le 22 juin 1893, on constatait l'existence d'une masse indurée importante occupant la commissure labiale droite, saillante à l'extérieur et s'étendant sur la muqueuse, sur une longueur d'un centimètre. La partie extérieure était irrégulièrement ovalaire, de plus d'un centimètre de diamètre. Masse dure, dont la surface était érosive et produisait une sécrétion glaireuse.

L'éruption et les lésions inflammatoires de la bouche étaient caractéristiques de la syphilis.

OBSERVATION XXIV

(Alex. RENAULT et GUÉNOT. *Soc. de Derm. et Syph.*, 1909).

Il s'agit d'un malade qui, à son entrée à l'hôpital, présentait sur la partie droite du menton une saillie rougeâtre de la grandeur d'une demi-noisette. Cette saillie était en réalité une cicatrice bombée parfaitement circonscrite, entourée de téguments sains et reposant sur une base franchement dure. Elle était accompagnée d'une adénite des plus nettes, siégeant du même côté, dans la région sous-mentale et sous-angulaire.

Sur le tronc, il existait une éruption érythémato-papuleuse confluyente. Il existait en outre d'autres accidents secondaires et des adénites bi-inguinale et bi-cervicale.

Le malade raconta que, n'ayant pas l'habitude de se raser lui-même, il emprunta vers le 20 novembre 1908 un rasoir à un de ses amis. En se rasant, il se coupa un bouton qu'il portait au menton. Les jours suivants, il toucha la petite plaie avec de la teinture d'iode. Une croûte s'étant formée, le malade l'arracha continuellement, entretenant ainsi l'écorchure.

Vers le 10 décembre, soit quinze à vingt jours après, la plaie changea d'aspect, se transforma en un véritable ulcère et s'accompagna d'une adénite sous-mentale. La cicatrisation se fit vers le milieu de février. A peu près au même moment, éclatèrent les manifestations secondaires.

Or le malade prétend n'avoir pas eu de rapports sexuels depuis longtemps. La localisation de l'accident primitif au point traumatique, la durée de l'incubation, les délais de cicatrisation, la concomitance de l'adénite, tout prouve que le rasoir a bien été coupable.

OBSERVATION XXV

(D^r ONTANON. *Actos dermo-sifiliograficos*, 1927),
in *Annales des Maladies vén.*, 1927).

Il s'agit d'un homme de 39 ans, présentant un chancre du menton (chancre du barbier). Cette lésion augmenta de volume, d'étendue, s'entoura de bourgeons indurés faisant ressembler le chancre à un épithélioma; il existait une grosse adénopathie sous-mentonnière. En outre, éruption généralisée de syphilides papuleuses.

R. W. positif. La ponction lombaire montra une hypertension assez marquée; mais les autres réactions étaient normales.

OBSERVATION XXVI

(DELINOTTE. *Thèse Bordeaux*, 1919-1920).

X..., 32 ans, se présente le 3 juillet 1919 chez le professeur agrégé Petges, avec un chancre ulcéro-croûteux typique, occupant toute la moitié gauche de la lèvre inférieure et empiétant sur le menton, de diagnostic si évident qu'il est fait immédiatement. Il s'agit d'une large ulcération ovale de près de 2 cm. 1/2 de long sur 2 de large, surélevée, recouverte d'une croûte épaisse, brunâtre, sous laquelle suinte une sérosité très abondante. Le fond est rouge, couleur chair musculaire, lisse, uni; l'ensemble a une induration ligneuse. Il existe une grosse adénopathie sous-maxillaire et sous-mentale. Examen à l'ultra positif.

Le malade fut présenté au Professeur W. Dubreuilh, qui confirma le diagnostic.

Le malade, d'ailleurs, se rappela fort bien qu'une vingtaine de jours avant l'apparition de l'ulcération de la lèvre, contrairement à toutes ses habitudes, étant en déplacement et n'ayant pas son rasoir, il s'était fait raser chez un coiffeur dans une ville d'Algérie.

OBSERVATION XXVII
(GOYON. *Thèse Lyon*, 1906-1907).

F... Pierre, 39 ans, entre à la clinique, le 29 juillet 1902, pour un chancre du menton. Il incrimine comme origine une coupure du menton faite avec un rasoir ayant servi à une personne qui avait des boutons sur la figure et sur les mains. La plaie ne se cicatrisa pas; elle resta indolente. Il y a de cela un mois et demi à deux mois.

Actuellement, il existe une large ulcération peu surélevée de la surface d'une pièce de cinq francs, non douloureuse, ne saignant pas, recouverte de croûtes brunâtres assez adhérentes. Elle repose sur une base indurée.

Il existe des ganglions sous-maxillaires bilatéraux et une roséole prédominante sur le thorax.

OBSERVATION XXVIII
(GOYON, *Thèse*).

C..., 32 ans, voit apparaître vers le 10 janvier 1906, sur le menton, deux petits boutons qui ont peu à peu évolué vers l'aspect actuel. En même temps, se sont développées deux ulcérations symétriques de chaque côté du raphé de la voûte palatine, immédiatement en arrière des dents.

Actuellement (1^{er} mars 1906), le malade présente deux chancres du menton. Ils sont très exubérants, formant une saillie de 4 à 5 millim. sur 1 cm. et 1 cm. 1/2 de largeur; ils ont un aspect condylomateux avec des bords presque verticaux. Ils reposent sur une base indurée. Leur sommet est en plateau avec de légères croûtelles à la surface. Celles-ci enlevées, on voit une ulcération peu profonde, au niveau de laquelle perle un liquide séreux. En grattant légèrement la lésion, on a un suintement bien plus abondant.

Il existe une adénite cervicale très marquée et des accidents secondaires généralisés.

Le 3 avril 1906 (après un traitement par injections de biiodure), les chancres sont entièrement cicatrisés; ils ont laissé deux grosses papules brillantes, un peu violacées, dures, sans poils à leur surface, saillantes de près d'un demi-centimètre.

CHAPITRE VIII

Chancres géants du tronc

OBSERVATION XXIX

(GAUCHER, PARIS et Octove CLAUDE. *Société de Derm. et de Syph.*, 1905).

Le nommé F..., 17 ans, garçon livreur, soigné salle Saint-Louis, présente depuis quinze jours environ, au niveau du manubrium, une ulcération qui a débuté par une papule. Actuellement l'ulcération est nettement arrondie, large de trois centimètres et repose sur une base indurée. Elle est accompagnée, à droite et à gauche, d'adénopathie axillaire et inguinale dure et non douloureuse.

Le diagnostic d'accident primitif est confirmé par l'apparition, il y a deux jours, d'une roséole disséminée à éléments moyens très caractérisée. Il n'y a ailleurs aucune trace de chancre.

La contagion semble d'origine familiale et accidentelle. En effet, la sœur du malade est soignée à St-Louis pour une syphilis secondaire, et, il y a deux mois environ, alors qu'elle était déjà en traitement, le malade se fit une application de teinture d'iode ancienne et altérée sur la poitrine. Il en résulta une brûlure que le malade pansa avec des linges et de l'ouate sans doute contaminés.

OBSERVATION XXX
(DELINOTTE. Thèse).

M^{lle} X..., 20 ans, ayant depuis un mois et demi une ulcération du sein qui a grandi rapidement, est adressée au professeur agrégé Petges, le 24 décembre 1912, avec un mot exprimant les craintes d'un épithélioma, la lésion n'ayant pas été influencée par divers traitements. La demoiselle nie tout contact par baisers ou attouchements. Elle présente sur le sein droit une large ulcération arrondie, à bords nets, centrée par le mamelon, d'un diamètre de 10 cm., bourgeonnante, saillante de 2 cm., rouge vif, sécrétant une abondante sérosité qui se concrète et forme des croûtes saignant au moindre attouchement, ferme, sans induration proprement dite. Le mamelon et l'aréole sont perdus dans la lésion. Il existe un gros ganglion axillaire à droite. Aucun accident secondaire. On ne peut songer à une Maladie de Paget, d'évolution beaucoup moins rapide, avec un début eczématiforme de longue durée, qui n'a pas existé ici. On prescrit un traitement mercuriel dissimulé (sirop de biiodure).

Le 7 janvier 1913, amélioration *in situ*. On continue le traitement. Le 14 janvier : roséole, plaques muqueuses sur les amygdales. L'étiologie est alors trouvée : la malade avoue que son fiancé, soigné pour la même maladie, est la cause du mal par ses baisers.

OBSERVATION XXXI
(Même thèse).

X..., 26 ans, officier, entre le 25 novembre 1917 au centre de dermato-vénéréologie d'armée, à l'Hôpital complémentaire 71, à Jouarre (dirigé par le professeur agrégé Petges). Il présente : 1° Une gale généralisée avec lésions particulièrement accusées sur l'épaule et le sein gauche. 2° Une lésion d'apparence eczémateuse infectée du sein

gauche (diagnostic d'entrée); en réalité, chancre du mamelon.

Le 12 décembre, apparaît une roséole maculeuse très confluyente. L'examen attentif de la lésion du sein gauche préalablement débarrassée de la pommade, avait permis de constater qu'il s'agissait d'un vaste chancre induré, presque aussi large qu'une pièce de cinq francs, avec grosse adénite axillaire gauche caractéristique. Wassermann positif.

OBSERVATION XXXII

(NIVET. *Thèse Paris*, 1887).

M. C., 20 ans, femme de brasserie, entre le 20 mars 1886 à l'hôpital Saint-Louis.

Présente à son entrée une ulcération arrondie, large comme une pièce de cinq francs, ayant détruit le mamelon et occupant toute l'aréole du sein droit. A la périphérie, la peau luisante, rouge, tuméfiée, est le siège d'une vive inflammation. Il est possible de distinguer l'induration chancreuse proprement dite de la rénitence qui présentent au toucher les parties périphériques.

Malgré l'étendue de la lésion et l'inflammation qui est venue compliquer la lésion initiale, le fond de l'ulcération est lisse et d'un beau rouge.

Dans l'aisselle droite, ganglion volumineux et légèrement douloureux.

Le mal a débuté, il y a deux mois, par un petit bouton au sein droit. Depuis cette époque, la maladie n'a fait que s'aggraver, d'autant plus facilement que la malade ne prenait aucune précaution pour empêcher sa chemise de frotter sur le sein malade.

Il existe des syphilides vulvaires et des syphilides cutanées remontant à trois semaines environ.

Nivet considère qu'en raison de la situation sociale

de la malade, l'infection a été certainement déterminée par un « nourrisson adulte ».

A la fin d'avril, la malade sortait guérie.

OBSERVATION XXXIII

(RILLE. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, 1912).

Une jeune fille de 19 ans se fit examiner, en 1895, par Berliner, parce que son fiancé avait eu un chancre et des accidents secondaires. Elle est trouvée saine. Quatre mois après elle revient et on lui trouve alors des accidents secondaires multiples. Pas d'accident primaire, ni aux organes génitaux, ni dans la bouche, ni aux doigts. Il existait à l'ombilic une plaie que la malade avait remarquée depuis 5 semaines et qui avait, à ce moment, 1/2 cent. de long sur 3/4 cent. de large. La malade avoua avoir eu des rapports génitaux et extra-génitaux multiples avec son fiancé. De plus, elle se serait grattée quelques semaines auparavant la région du nombril avec les doigts. Pour Berliner, ou bien le virus syphilitique était déposé sur les doigts, ou bien le grattage a simplement servi de porte d'entrée.

OBSERVATION XXXIV

(GAUCHER et MERLE. *Société de Derm. et de Syph.*, 1909).

Il s'agit d'un malade qui s'est présenté à la consultation, le 10 janvier 1909, en pleine période secondaire manifeste. Or, on ne trouva rien d'anormal ni sur la verge, ni à l'anus. En revanche, il existait au-dessus du pubis un large placard rouge brunâtre, plus grand que la paume de la main, occupant une surface de 15 cm. en largeur et de 10 cm. en hauteur; ce placard est composé de deux taches ovalaires, dont le pourtour est rouge et pigmenté, le centre étant au contraire blanchâtre et d'aspect cicatriciel. L'ensemble des téguments est un peu

épaissi et induré. C'est évidemment là, la cicatrice du chancre infectant.

Il y a trois mois, ce malade s'aperçut qu'il avait au-dessus du pubis deux « boutons » qui grandirent rapidement en s'élargissant jusqu'à atteindre la dimension de un franc chacun. Dès le début, il y eut de la tuméfaction ganglionnaire dans les aines qui persiste encore actuellement. Ces éléments, qui restèrent longtemps saillants, durèrent en tout deux mois. Se croyant atteint de furoncles, le malade n'alla consulter aucun médecin et n'eut aucun traitement avant son entrée dans le service, au moment de l'apparition des accidents secondaires. Néanmoins le chancre se cicatrica et ce n'est qu'un mois après, environ, qu'apparut l'éruption papuleuse de la face.

OBSERVATION XXXV

(PAUL GASTOU. *Annales de Derm. et Syph.*, 1893).

D..., boutonnier, 47 ans, entre le 28 novembre 1893, dans le service Fournier, pour un chancre géant de l'abdomen, diagnostiqué par le docteur Brocq, qui a envoyé le malade.

Le début remonte à quatre mois. Le malade, couvert de phtiriasé, couchait dans un hôtel meublé et avait une légère ulcération provoquée par le grattage d'une vésicopustule.

Cette exulcération, située environ à 2 cm. au-dessus et à gauche de l'ombilic, s'enflamma et bientôt à sa place se développa une ulcération.

Cette ulcération, à l'entrée du malade dans le service, offrait une forme elliptique, de 6 cm. de long sur 4 cm. de large. Le fond était constitué par des bourgeons charnus, de couleur framboisée et saignant au moindre contact; les bords étaient surélevés, durs, à pic, et l'ulcé-

ration prise entre deux doigts donnait une sensation manifeste d'induration.

Les ganglions axillaires, surtout à gauche, étaient indurés et présentaient manifestement les caractères d'une adénite syphilitique.

Au premier abord, on pouvait penser à une erreur de diagnostic possible, en raison des dimensions considérables de l'accident; mais l'adénite, bientôt suivie de roséole, confirmait le diagnostic.

D'après Gastou, le chancre était probablement le résultat d'une contagion par les draps, le virus syphilitique ayant probablement pénétré par la vésico-pustule.

OBSERVATION XXXVI

(NIEPPE. *Ann. des Mal. Vén.*, 1910).

Il s'agit d'un malade venu consulter pour des ulcérations du ventre et de la racine de la verge, dont un coït douteux remontant à trois semaines environ lui fait supposer la nature vénérienne. Ces ulcérations sont au nombre de quatre sur le ventre, de deux sur la verge. Celles du ventre sont situées en dehors de la ligne médiane, à environ 2 centimètres à droite de celle-ci et à 5 centimètres au-dessus du pubis. Des deux ulcérations de la racine de la verge, l'une est longue de 2 cm. 1/2 à 3 cm., transversale; l'autre est une érosion nettement circulaire. Les chancres du ventre dont la base est nettement indurée, de la dimension d'une grosse lentille, sont recouverts, comme ceux de la verge d'ailleurs, d'une légère croûte gris verdâtre qui desquame très facilement et sous laquelle on aperçoit une surface lisse, luisante, et un peu humide. L'induration des quatre chancres du ventre se confond en une masse résistante, de consistance ferme, rappelant parfaitement celle du cartilage. On

trouve une pléiade ganglionnaire caractéristique surtout accusée dans la région inguinale droite.

Une injection d'huile grise est faite chaque semaine. A la quatrième, deux mois après le coït suspect, apparaît la roséole. Les chancres du ventre sont maintenant réunis en une seule lésion dont l'aspect est celui de tout chancre en voie de réparation, avec une surface légèrement rosée. A signaler la saillie encore très nette des contours de l'induration, qui en fait une sorte de godet elliptique, d'environ 4 centimètres de long sur 1 de large.

OBSERVATION XXXVII

(NICOLAS et MONTOT. *Lyon Médical*, 1911).

Il s'agit d'un malade porteur d'un chancre géant du pubis, de cinq chancres du fourreau de la verge, d'adénopathie généralisée et de syphilides généralisées maculeuses et papuleuses avec plaques buccales.

OBSERVATION XXXVIII

(DELINOTTE. *Thèse Bordeaux*).

Il s'agit d'un malade de 35 ans, qui présentait, le 27 octobre 1909, un peu à droite de la ligne médiane, à 5 cm. au-dessus de la racine de la verge, une ulcération ovale de 4 cm. sur 3 formant plateau, surélevé de 3 à 4 mm., à surface rouge vif; l'induration était manifeste. Il existait une adénite inguinale surtout à droite et une roséole papuleuse généralisée.

Le 10 novembre, le chancre avait diminué et s'épidermisait sur les bords.

OBSERVATION XXXIX

(PAWLOFF, PRIVAT-DOCENT, Hôpital Militaire de Moscou. *Ann. des Mal. Vén.*, 1909).

Le 4 août 1903, entré, au service des maladies véné-

riennes de l'Hôpital Militaire de Moscou, le gendarme Z..., âgé de 23 ans, pour chancres situés sur les parties génitales et sur le ventre.

Ayant eu vers la fin de juin un coït, il vit apparaître, 2 à 3 semaines après, de petites ulcérations sur la verge et sur le pubis; puis quelques jours plus tard (ne peut préciser combien) apparurent sur le bas-ventre, au-dessus de la région pubienne, sous forme de petites pustules, les éruptions actuelles, produisant une sensation de démangeaison assez vive.

On aperçoit sur le prépuce, jusqu'à 5 accidents primitifs, typiques, de la grandeur d'un pois et même plus grands, avec l'induration parcheminée caractéristique. Il existe un pléiade ganglionnaire inguinale bilatérale.

Mais outre les chancres des parties génitales qui ont été déjà décrits sur la région pubienne et sur une surface considérable du bas-ventre, on trouve, au-dessus de la région pubienne, jusqu'à 20 exemplaires d'ulcérations de la grandeur d'une pièce d'un centime et d'un contour arrondi. Une partie considérable des érosions (10) s'entassant à la ligne médiane du ventre avaient une tendance à confluer, les autres (11) se disposent isolément. La plupart des érosions ont un aspect plat, sont couvertes de croûtes minces jaune brunâtre, qui adhèrent solidement et occupent toute l'ulcération. Sur quelques éruptions, surtout sur les isolées, on peut voir des bulles plates, de la grandeur d'une pièce d'un centime, tout à fait intactes, remplies d'un peu de liquide purulent verdâtre; autour de ces éruptions, on aperçoit un cercle hyperémique étroit. Après l'enlèvement des croûtes des érosions décrites ci-dessus et des enveloppes à demi-détruites des bulles et autres érosions, les unes et les autres ont l'aspect d'ulcérations planes, très superficielles, sèches, nettement limitées, d'un rouge foncé, avec une sécrétion insignifiante.

Voulant préciser la nature des ulcérations du ventre et observer leur cours ultérieur hors de la cure mercurielle générale, Pawloff ne prescrivit pas cette dernière et se borna au traitement local sous forme d'applications de précipité blanc à 1 % aux ulcérations du prépuce, et de compresses imbibées de la solution aqueuse de sublimé à 1/2.000 aux éruptions du ventre.

27 Août : Les ulcérations du prépuce commencent à guérir; 2 ulcérations du pubis situées l'une près de l'autre ont l'aspect de chancres indurés typiques et sont chacune de la grandeur d'une fève. Les bulles de quelques ulcérations du bas-ventre qui étaient encore intactes sont maintenant détruites et les croûtes des autres ulcérations du ventre se sont détachées. Les unes et les autres ont maintenant l'aspect d'ulcérations très superficielles d'un rouge foncé.

30 Août : Les éruptions, plus étroitement entassées à la ligne blanche du ventre, confluent vite ensemble, formant maintenant une grande ulcération très superficielle avec des bords ronds taillés et un fond plane, d'un rouge foncé, nettement limité par des lignes convexes en dehors et avec une sécrétion insignifiante. Les autres ulcérations du ventre, celles qui sont disposées isolément, ont aussi la forme d'ulcérations superficiellement planes, nettement limitées, tout à fait du même aspect que la grande ulcération. On observe maintenant à la base des unes et des autres le développement d'une induration nettement limitée. Les ulcérations de la verge sont presque guéries. Les ulcérations de la région pubienne sont guéries, ayant laissé à leur place des indurations nodulaires très caractéristiques, qui d'ordinaire se rencontrent après les chancres indurés de la peau.

4 Septembre : Toutes les ulcérations isolées, entassées étroitement à la ligne blanche, sont maintenant entièrement réunies en une ulcération très superficielle, qui

rappelle un chancre induré typique, par son fond tout à fait lisse, d'une couleur rouge-cerise et d'un aspect luisant, par ses bords non taillés à pic et sa sécrétion séreuse insignifiante. Cette ulcération a un contour très irrégulier, bordé par des lignes convexes en dehors; elle se trouve posée sur une base indurée et limitée qui s'élève au-dessus de la peau saine.

La longueur de cette ulcération a plus de 9 cm.; sa largeur maxima mesure près de 4 cm. Les autres ulcérations du bas-ventre — au nombre de 9 — ont maintenant l'aspect de chancres indurés typiques avec une base fortement indurée et ont tendance, de même que la grande ulcération, à une prompte guérison. Les ulcères du prépuce sont tous guéris.

17 Septembre : Presque toutes les ulcérations du ventre sont guéries, ayant laissé à leur place des indurations nodulaires typiques, nettement limitées.

L'induration des glandes inguinales a augmenté il y a quelques jours.

25 Septembre : Le plus grand chancre du ventre est presque guéri; tous les autres chancres du bas-ventre sont déjà guéris. On observe sur le dos et sur le ventre des taches de roséole isolées, mais assez grandes, de la grandeur d'un ongle. Céphalée nocturne.

4 Octobre : Le plus grand chancre est complètement guéri; à sa place subsiste une induration de la peau d'une grandeur correspondante, plate et nettement limitée. Il est apparu une nouvelle éruption qui a maintenant l'aspect d'une roséole papuleuse. On fait chaque jour une friction mercurielle.

Pawloff ajoute les remarques suivantes : Il est nécessaire de noter que si quelques-unes des ulcérations du ventre avaient déjà, tout au commencement de l'observation, l'aspect de chancres cutanés, couverts de petites croûtes minces, brunâtres, les autres présentaient quel-

ques difficultés de diagnostic, vu la présence sur elles de restes de bulles, ou même de bulles intactes simulant ici les éruptions pustuleuses ordinaires, les impétigos. Cependant la présence simultanée des chancres indurés typiques sur les parties génitales et tout le cours ultérieur des ulcérations du ventre qui se transformèrent bientôt en des chancres indurés cutanés typiques et qui laissèrent après leur guérison des indurations caractéristiques, tout cela démontre la nature véritable de ces éruptions.

Etant donné le caractère nettement évident des ulcérations du ventre dans notre cas, il était impossible de les prendre pour quelques éruptions syphilitiques de la période secondaire, qui se distinguent ordinairement par un polymorphisme plus ou moins exprimé, et ne laissent pas d'induration à leur place. En outre, le malade n'eut pendant le premier mois d'observation aucune éruption secondaire qui n'apparut qu'au « terme légitime », deux mois après l'infection.

Comme le malade nie tout nouveau rapport sexuel après le mois de juillet, il est assez probable d'expliquer l'origine des chancres successifs, ici, comme résultat de l'auto-inoculation, soit au moyen du grattage de la peau du ventre par les ongles salis de la sécrétion des chancres primitifs, soit par le contact du linge imbibé de la sécrétion de ces mêmes chancres.

OBSERVATION XL

(LÉVY-BING et GERBAY. *Ann. des Mal. Vén.*, 1918).

C... Paul, 34 ans, en temps de paix apprêteur, actuellement infirmier à la 6^e Section d'Infirmiers militaires, entre au Centre Vénéréologique de la ...^e Armée, le 10 août 1917, pour « lésions probablement syphilitiques de la région pubienne ».

Il avoue avoir eu, en permission, pendant la deuxième quinzaine de juin, de nombreux coïts avec la même femme.

Le 20 juillet environ, c'est-à-dire 20 jours après le dernier coït, il s'aperçoit de la présence d'une lésion pustuleuse siégeant sur la région abdominale. Il n'en conçoit aucune inquiétude, étant sujet à de la furonculose.

Vers la fin du mois de juillet, constatant que son « furoncle » non seulement ne guérissait pas, mais augmentait de dimension et prenait l'aspect d'une plaie ulcéro-croûteuse, C... consulte un médecin de sa formation qui prescrit des pansements humides. A la suite de ces pansements, les croûtes tombent, mais se reforment de suite et la plaie continue à s'agrandir.

Enfin, le 8 août, il est évacué sur le dépôt d'éclopés de V... et, deux jours après, il est envoyé en consultation au Centre de Vénérologie.

Il présentait alors, au niveau de la région abdominale, une volumineuse lésion ulcéro-croûteuse. En même temps, roséole maculeuse généralisée très marquée qui n'existait pas dans la matinée du 10 août et a débuté brusquement vers 11 heures ((malade vu vers 15 h.).

Cette lésion siégeait au niveau de la région abdominale, à 3 centimètres au-dessus de la racine de la verge, exactement sur la ligne joignant l'ombilic au centre du pubis. Elle était ovalaire à grand axe horizontal (6 cm. de largeur sur 3 cm. 1/2 de hauteur).

Les bords sont légèrement surélevés et rouges; le fond est recouvert d'une eschare noirâtre, lisse, très dure et très adhérente. La palpation révèle une induration très accentuée et très profonde.

Les tissus périphériques sont légèrement œdémateux et rouges. Il existe une volumineuse adénopathie inguinale bilatérale polyganglionnaire, dure et mobile. R. W. nettement positive. On met le malade au traitement

(novar) et l'on applique des pansements humides sur le chancre.

Le 14 août, l'eschare noire est tombée. On trouve alors une énorme ulcération, très profonde, à bords taillés à pic, à fond rouge, bourgeonnant, recouvert par places d'îlots purulents. La roséole maculeuse a complètement disparu. Sous l'effet du traitement, le chancre se comble rapidement.

Le 7 septembre, il ne subsiste plus de la vaste et profonde ulcération qu'une surface érosive de la dimension d'un pois. Mais la cicatrice pigmentée reste encore très indurée.

OBSERVATION XLI

(D^r S. NICOLAU. *Ann. des Mal. Vén.*, 1928).

S. C., 27 ans, vient consulter le 19 octobre 1927 pour une roséole syphilitique datant de quelques jours et pour un syphilome primaire de la région supra-pubienne. Cette dernière lésion est apparue, selon les dires du malade, il y a environ 7 semaines, sous l'aspect d'une petite érosion qui s'agrandit assez rapidement, atteignant en une vingtaine de jours les dimensions actuelles.

Peu de temps après, de petites élevures papuleuses se développèrent tout autour.

A son entrée à l'hôpital, à part l'éruption secondaire mentionnée qui se présente sous l'aspect d'une roséole érythémateuse discrète, on constate dans la région hypogastrique, à 5 cm. au-dessus de la racine de la verge et à cheval sur la ligne médiane, un chancre ovalaire, surélevé de quelques millimètres, ayant un diamètre transversal de 4 cm. et un diamètre vertical de 3 cm. Le centre de la lésion sur une étendue d'un centimètre carré environ, est ulcéré et présente une disposition légèrement cupuliforme.

Cette perte de substance centrale est entourée par une zone surélevée, à épiderme intact, de nuance rouge foncée, s'étendant jusqu'à la périphérie de la lésion. La surface de cette zone présente par endroits, surtout dans sa partie externe marginale, un aspect mamelonné, comme si elle était constituée par la confluence d'un certain nombre d'éléments papuleux.

Autour de la lésion circonscrite et dans son voisinage immédiat, on voit surtout sur les côtés et sur son bord inférieur, une quinzaine d'éléments papuleux, d'apparence globuleuse, infiltrés et durs au toucher, non érodés, rouge brun, ayant les dimensions d'une lentille ou d'un grain de chènevis, les uns touchant presque par leur bord la lésion centrale, les autres séparés d'elle par une distance de quelques millimètres à plusieurs centimètres; ces derniers se perdent dans la région velue du pubis. Indépendamment de l'éruption papuleuse décrite, le chancre est entouré d'une zone large de 1 cm. à 1 cm. 1/2, au niveau de laquelle la peau, sans être infiltrée, présente une coloration rouge-brun très foncée. Cette zone pigmentaire émet sur les côtés de fins prolongements ramifiés qui se perdent, en dessinant de vagues arborisations, vers la peau saine.

La recherche des tréponèmes dans la lésion centrale, ainsi que dans les papules périphériques, a été positive.

W. fortement positif. A la suite du traitement mixte novar-bismuth, les lésions se résorbèrent, laissant à leur place une certaine pigmentation, surtout dans la partie périphérique du chancre.

OBSERVATION XLII

(D^{rs} Paul BLUM et Jean BRALEZ. *Société de Derm. et de Syphil.*, 1930).

M. L..., livreur, 44 ans, vient consulter le 20 décembre 1929 le docteur Paul Blum, alors qu'il était déjà depuis

deux jours dans le service des docteurs Perrin et Maillasson (Hôpital de Saint-Denis), pour une tumeur exulcérée de la face antérieure de l'abdomen. Située au-dessus de l'ombilic, sur la partie gauche du tronc, cette tuméfaction présentait en son centre une surface érosive de la dimension d'une pièce de cinq francs, reposant sur un fond érythémato-cuivré, surmontée elle-même d'un semis de fines vésicules.

Au-dessus de cette première lésion, ne dépassant pas la ligne médiane, trois autres placards plus petits, sans érosion centrale, mais de même aspect que le premier, donnaient à l'ensemble l'allure de placards zostériens. Le malade n'accusait pas d'autres troubles subjectifs qu'une légère démangeaison.

En même temps dans l'aiselle gauche, un volumineux ganglion de la dimension d'une petite mandarine soulevait la paroi antérieure de la région, tandis qu'une chaînette de petits ganglions, durs, mobiles sous le doigt, s'élevaient en chapelet vers la ligne mamelonnaire. Du même côté gauche, on percevait également un volumineux ganglion inguinal.

Le diagnostic de syphilis s'imposait par la présence d'une roséole et de syphilides propuleuses multiples disséminées sur le thorax et dans le dos. Mais en aucun point du corps, ni sur les organes génitaux, ni sur les muqueuses on ne trouvait d'autre porte d'entrée à l'infection trépanémique. En raison de l'application de pommades antiseptiques, la recherche des tréponèmes à l'ultra-microscope fut négative, mais on pratiqua une saignée qui confirma le diagnostic de syphilome. B. W. dans le sang positif total.

Sous l'influence du traitement novar intra-veineux, la roséole et les papules secondaires disparurent et le syphilome initial s'affaissa. Le 16 janvier 1930, il reste encore à cette date un énorme placard pigmenté.

OBSERVATION XLIII

(J. MENEULT. *Ann. de Derm. et de Syphil.*, 1886)

C..., 28 ans, employé de chemin de fer, entre le 25 juin 1886, dans le service du professeur Fournier.

Il porte, au niveau de l'aîne gauche, une forte ulcération dont le début remonte à environ deux mois. Ce fut primitivement une légère excoriation qui se développa d'emblée en ce point sans raison appréciable pour le malade, lésion indolente au point qu'elle fut négligée avant l'entrée à l'hôpital. Le malade finit tout de même par s'inquiéter de l'extension croissante de cette plaie et vint consulter.

A son entrée, toute l'aîne gauche est occupée par une ulcération de forme triangulaire à grand axe parallèle à l'arcade de Fallope, commençant juste à 3 centimètres de la racine de la verge, dans les poils du pubis, pour aller se terminer à 3 cent. $\frac{1}{2}$ au-dessus de l'épine iliaque antéro-supérieure du même côté. Cette ulcération ne mesure pas moins de 12 cent. de longueur. La plus grande largeur, près du pubis, est de 4 cent. $\frac{1}{2}$; elle s'effile ensuite en se rapprochant de l'épine iliaque et ne compte plus à cette extrémité, qui peut être regardée comme le sommet du triangle ulcéré, que 2 centimètres.

Le fond est rougeâtre, recouvert d'une sécrétion jaune verdâtre puriforme et assez profondément creusé.

Les bords secs, durs, légèrement saillants, sont un peu sinueux et non taillés à pic; une pente douce les relie au centre ulcéré.

La peau immédiatement circonvoisine, très pigmentée, forme autour de la plaie comme une collerette brunâtre de 1 centimètre de large et, enfin, plus excentriquement, s'étend une zone érythémateuse circulaire, de moyenne intensité.

En saisissant avec précaution l'ulcération entre les

doigts, on éprouve la sensation typique de l'induration parcheminée du chancre infectant.

En outre, Syphilides multiples sur tout le corps, quelques ganglions hypertrophiques dans les deux aines; au-dessus et au-dessous de l'ulcération, on peut en sentir deux ou trois profondément situés.

En interrogeant le malade, on apprend que l'ulcération de l'aine apparut environ 15 jours après le dernier coit. Dans l'espace de dix jours, sous l'influence de pilules de Proto-iodure, de pansements avec de la poudre d'iodoforme, de grands bains et de repos absolu, l'ulcération s'est détergée et a diminué de plus de 3 centimètres d'étendue.

La seule cause à incriminer pour expliquer l'extension du chancre, semble être le manque absolu de tout traitement primitif et même de soins élémentaires. Cet homme ne souffrant pas, a continué à travailler (facteur de colis postaux à la gare) sans prendre la précaution de garantir son chancre contre les frottements de ses vêtements.

OBSERVATION XLIV

(NICOLAU. *Annales des Mal. Vén.*, 1928).

D. G..., 26 ans, entre le 26 novembre 1927, à la clinique dermatologique pour une ulcération étendue de la région inguinale. Il raconte que la lésion actuelle est apparue, il y a 2 mois et demi, sous forme d'une petite érosion, en même temps qu'une autre érosion du même aspect, dans le sillon balano-préputial. Tandis que cette dernière est restée petite et s'est cicatrisée au bout d'un mois, l'autre s'est vite agrandie pour atteindre, en l'espace de trois semaines environ, les dimensions actuelles.

Peu de temps après, de petites élevures papuleuses commencèrent à apparaître aux deux extrémités de la

lésion, pour s'étendre progressivement sur la peau avoisinante. Depuis trois semaines, le malade nous dit qu'il a commencé à souffrir de la gorge et presque en même temps, il a observé une éruption sur le thorax.

On constate dans la partie gauche du sillon balonopréputial, sur l'emplacement d'un des chancres actuellement guéri, une cicatrice indurée, ayant les dimensions d'une petite amande. Dans la région inguinale gauche, immédiatement au-dessous de l'arcade, on constate une grande ulcération allongée, de configuration ovulaire, dont le grand diamètre parallèle au pli inguinal, mesure 7 centimètres, et le diamètre vertical 3.

L'ulcération assez creusée au milieu, est couverte de bourgeons granuleux, plus ou moins proéminents et isolés, le plus souvent, les uns des autres, ce qui donne à la perte de substance un aspect irrégulier. A part quelques petits dépôts membraneux qui couvrent les interstices séparant certains bourgeons, le fond de l'ulcération est propre, luisant, de couleur rouge clair et sécrète une quantité minime de sérosité. Parmi les bourgeons qui constituent le fond de l'ulcération, on voit un certain nombre de petits îlots, plus proéminents, ayant les dimensions d'une lentille, en partie épidermisés.

L'ulcération est entourée d'une bordure rouge-brun infiltrée et dure au toucher, un peu surélevée, dominant une sorte de bourrelet, large de 3 à 4 mm. et dont la marge interne se continue par endroits, d'une façon un peu abrupte, avec le fond de l'ulcération.

Vers l'extrémité externe du chancre, la bordure en question se prolonge en un certain nombre de traînées plus ou moins parallèles, et en partie festonnées, de couleur rouge-brun, faisant un relief de 2 à 3 mm. et ayant une largeur de 3 à 4 mm. qui se dirigent en dehors et se perdent vers l'extrémité externe de la région inguinale, en s'égrenant en une vingtaine de papules lenti-

culaires, ou un peu plus grosses, rapprochées les unes des autres, mais gardant leur indépendance.

A l'extrémité interne de l'ulcération qui est plus pointue, la bordure se continue par une sorte de coulée triangulaire infiltrée, surélevée, rouge-brun, longue de 12 mm. et dont la pointe, dirigée en bas, se termine par une formation papuleuse proéminente, grosse comme un grain de maïs. Au-dessus de cette formation et indépendamment d'elle, on voit encore quelques papules lenticulaires qui se perdent vers l'extrémité supérieure du pli cruro-scrotal.

Le bord inférieur de l'ulcération, sur les $\frac{3}{4}$ externes de son étendue est entouré, lui aussi, sur une zone large de 1 cm. à 1 cm. $\frac{1}{2}$, par un certain nombre de soulèvements papuleux plus ou moins conglomérés, en dehors desquels on voit aussi quelques petites papules isolées.

Le placard éruptif décrit, l'ulcération y comprise, couvre dans sa totalité, une surface longue de 14 centimètres et large de 3 cent. $\frac{1}{2}$ à 4 centimètres. Il existe une adénopathie inguinale double indolore, de dimensions modérées. L'ultra est positif au niveau de l'ulcération, ainsi qu'au niveau des papules péri-chancreuses.

Enfin on trouve une éruption roséolique généralisée et une angine spécifique.

OBSERVATION XLV

(PERCEAN. *Thèse Paris*, 1894.)

Il s'agit d'un homme de 32 ans, italien, entré en avri. 1893, à l'hôpital Broussais, dans le service du docteur Campenon pour douleurs se produisant au moment de la défécation, depuis un mois et demi. Le malade présentait une fistule annale à trajet sous-cutané, se portant vers le coccyx, et d'une longueur de 2 centimètres en-

viron, résultant d'un abcès à la marge de l'anus, survenu il y a trois mois environ.

A la vue, l'anus ne présente plus de plis radiés, il est infundibuliforme. On perçoit, en dilatant le sphincter, à 1 cent $\frac{1}{2}$ au-dessus de l'union de la peau et de la muqueuse, une ulcération à bords légèrement en relief et de couleur rose foncée. En pratiquant le toucher rectal, le doigt pénètre rapidement : à gauche rien d'anormal, ainsi qu'en avant. En arrière, sur la ligne médiane, et s'étendant de là sur tout le côté droit, on perçoit une large surface de la grandeur d'une pièce de 5 francs, surface un peu douloureuse au toucher, limitée par un bord supérieur, épais et en relief, mais superficiel et venant mourir progressivement vers l'anus, sur les parties latérales (on peut la comparer à un fer à cheval). A ce niveau le relief devient pour ainsi dire nul.

Toute la surface incluse dans ce fer à cheval donne la sensation d'une ulcération ne reposant pas sur une tumeur indurée sous-jacente proprement dite : la muqueuse est moins souple à cette partie qu'ailleurs.

Au centre, le doigt a la sensation d'une surface, un peu plus indurée que le tissu environnant.

Depuis quelques jours, le malade éprouve de grandes douleurs, lorsqu'il va à la garde-robe. Il rend des masses glaireuses, striées d'un peu de sang, comparables à des crachats, au prix de douleurs violentes, mais ne souffre pas dans l'intervalle des selles ou des explorations.

Le diagnostic assez difficile fut discuté entre : 1° Ulcération simple, le malade ayant des habitudes de pédérastie qu'il avouait; 2° Carcinome rectal; 3° Ulcérations vénériennes, chancreuses ou chancrelleuses.

Campenon élimina au nom de la forme, de l'induration et de l'évolution de cette affection, les ulcérations simples, il élimina également le diagnostic de tumeur épithéliale. (Les hémorragies étaient faibles, ressemblant

plutôt à celles de la dysenterie qu'à celles du cancer; les douleurs non continuëles, revenant seulement au moment des sellès; l'induration enfin ne présentait pas l'aspect de celle du cancer; il n'y avait pas d'infiltration voisine de la muqueuse, rien dans les tissus voisins, aucune propagation nette; enfin l'invasion n'avait rien de progressif, au contraire.) Le diagnostic d'ulcération chancreuse ou chancrelleuse fut porté; bientôt celui de chancre mou se trouva rejeté, grâce à l'insuccès d'une inoculation de pus de l'ulcération au bras. Restait le diagnostic de chancre induré qui fut porté.

Or, 20 jours environ après l'entrée en salle, on vit apparaître une roséole ordinaire avec fièvre, céphalalgie et courbature générale.

Après une durée d'un mois et demi, tous les symptômes s'amendèrent, l'ulcération diminua notablement d'étendue, se cicatrisa peu à peu et le malade sortit.

OBSERVATION XLVI

(D^r RUY JONES. *The Urologie and Cutaneous Rewiew*, 1917, in *Ann. des Mal. Vén.*, 1918).

Il s'agit d'un tout jeune homme qui, depuis un an, était un « prostitué homme » pour « raisons financières » et qui vint à l'hôpital, se plaignant d'hémorroïdes. L'examen fit connaître que les hémorroïdes étaient procidentes et faisaient en dehors de l'anus une tumeur de 2 cm. $\frac{1}{2}$. Il existait également sur le sphincter externe et sur le bord antérieur de l'anus une aire indurée de 2 cm. de diamètre, à surface ulcérée, à bords mal limités, et présentant tout l'aspect clinique d'un chancre. Cette ulcération, qui avait un mauvais aspect, était recouverte d'une matière ressemblant à de la nécrose. Un grand nombre de condylomes suintants étaient disséminés sur toute l'étendue de la région périossale. Les gan-

glions inguinaux étaient indurés et hypertrophiés, mais pas hors de proportion avec ceux du reste du corps. Il n'y avait sur le pénis ni ulcération, ni cicatrice. En outre, le malade se plaignait de mal de gorge, d'amygdalite et de chute de cheveux. Il y avait sur tout le tronc de nombreuses papules discrètes, non prurigineuses. Les ganglions cervicaux postérieurs et les épitrochléens étaient augmentés de volume.

OBSERVATION XLVII

(PUYO-MÉDINA. *Thèse Paris*, 1891-1892).

Alb. Deb., couturière, 20 ans, soignée au service du Professeur Fournier. Enceinte d'environ 7 mois (1^{re} grossesse), voit apparaître vers le 5^e mois de celle-ci, un chancre sur le côté droit de l'anus : elle applique sur ce chancre plusieurs topiques et, entre autres, de la pommade iodoformée.

Sans doute, sous l'influence de ces topiques, plus ou moins irritants, le chancre s'est enflammé et a pris une allure « phagédénique » ; la malade vient alors à l'hôpital.

On constate alors une ulcération occupant toute la demi-circonférence droite des plis rayonnés de l'anus, empiétant d'un centimètre environ sur la peau adjacente, profonde, anfractueuse, à bords déchiquetés, creusés, à fond grisâtre, pultacé, sécrétant une sérosité abondante et sentant très mauvais. Des cordons lymphatiques multiples et durs relient cette ulcération aux ganglions de l'aîne droite, tuméfiés, douloureux.

Il y avait également un chancre induré du col occupant toute la lèvre postérieure, d'aspect ulcéreux, phagédénique aussi, pénétrant même jusque dans le col.

La présence d'une roséole caractéristique ne laissait aucun doute sur la nature Σ de ces chancres. Sous l'in-

fluence du traitement, notamment compresses de tarlatane imbibées de sublimé et injections, les deux chancres bourgeonnaient et entraient en cicatrisation au bout d'une semaine et la guérison était complète à la fin de la troisième semaine.

CHAPITRE IX

Chancres géants des membres

OBSERVATION XLVIII

(GAUCHER, LÉVY-FRANCKEL et DUBOSC. *Soc. de Derm. et de Syphil.*, 1911).

M^{me} D..., cuisinière, 26 ans, se présente le 23 octobre dans le service du Professeur Gaucher, pour un accident primitif de la région deltoïdienne. La lésion a débuté, il y a 45 jours, par un petit bouton du volume d'une tête d'épingle; 15 jours après, le chancre avait acquis les dimensions d'une pièce de 50 centimes. A ce moment, va consulter à la Charité. On appliqua provisoirement des pansements humides et des badigeonnages bi-quotidiens à la teinture d'iode. Cinq jours après, apparaissent derrière l'oreille gauche quelques éléments de roséole, puis de la céphalée; l'éruption roséolique se généralisa ensuite.

Actuellement la malade présente une lésion érosive large de 3 cm. à 3 cm. 5 de la région deltoïdienne droite. C'est une érosion et non une ulcération (absence de bords) à fond jambonné, à surface lisse, homogène; la base de la lésion est infiltrée. Il existe une adénopathie axillaire droite, mais peu volumineuse et sans grands caractères.

On note en outre une roséole papuleuse diffuse surtout marquée au thorax, à l'épigastre, au cou et à la face. Rien à la vulve.

R. W. faiblement positive (26 octobre). Ce jour-là on commence le traitement (606). Le 30 octobre, le chancre est amélioré, ses dimensions se sont réduites; la rougeur périchancreuse persiste; aux dires de la malade, la douleur locale a disparu.

La roséole ne semble pas améliorée; ce n'est que le 4 novembre qu'on note une disparition presque complète de l'éruption; on ne perçoit plus que quelques taches pigmentées; le chancre du bras est en voie de cicatrisation.

OBSERVATION XLIX

(D^r W. TAYLOR, de New-York. *Annales de Derm.*
et de Syphil., 1876).

Il s'agit d'un enfant de 8 mois, d'une santé parfaite, non syphilitique héréditaire, dont la mère était détenue et qui fut vacciné contre la variole le 7 novembre 1875, dans une fournée de 20 personnes. Le médecin fit les vaccinations l'une après l'autre (avec un scarificateur ordinaire à lames), sans jamais nettoyer son instrument. L'enfant fut vacciné immédiatement après une jeune prostituée, que l'enquête montra ultérieurement être atteinte de vérole secondaire, datant déjà de 6 mois, non traitée depuis 4 mois quand on la vaccina.

La pustule vaccinale de l'enfant contaminé eut une marche régulière, absolument typique. Mais une fois la croûte tombée vers le 16^e jour, il resta un « bôbo » sur lequel la mère se contenta d'appliquer un linge de la plus entière propreté. Malgré cela, lorsque, le 26 janvier, l'enfant fut montré au docteur Taylor, celui-ci constata l'existence d'une belle roséole. Les ganglions lymph-

tiques étaient augmentés de volume, durs et non douloureux. Sur le bras droit, un peu au-dessous du deltoïde, on notait une lésion indurée assez large et faisant saillie : de forme ovale, longue de 25 mm. sur 12 de large, s'isolant nettement des tissus voisins par une ligne dure, perceptible au toucher. La surface en était plane, dépourvue de granulations, mais saignant avec facilité ; elle s'élevait d'environ un demi-millimètre au-dessus de son niveau normal. L'enfant fut amélioré par des frictions mercurielles.

OBSERVATION L

(LAVERGNE et PERRIN. *Ann. de Derm. et de Syph.*, 1884).

X..., 34 ans, maçon, entre dans le service Fournier, le 10 janvier 1883. Il raconte qu'en août 1882, il a été mordu au bras droit au cours d'une rixe. Le bras était recouvert d'une blouse et de la chemise qui furent déchirées par la morsure. Au-dessous, il y eut une plaie, comme une pièce de 40 sous environ, portant de chaque côté la marque des dents. Elle saigna un peu. Le malade rentre chez lui immédiatement, cautérise la plaie avec de la « braise de charbon » environ une heure après la morsure.

Le lendemain, il va travailler ; le surlendemain, l'eschare déterminée par la brûlure est enlevée, lorsqu'on change le pansement ; il va alors chez un pharmacien qui applique des compresses imbibées de glycérine. Il continue ce traitement pendant 8 jours ; la plaie est fermée un mois et demi après la morsure.

Au bout de 3 semaines, elle se rouvre, s'enflamme, devient prurigineuse ; douloureuse quand le malade travaille.

Au bout de 15 jours, le malade va à l'Hôtel-Dieu ; on lui prescrit un pansement au diachylon qu'il renouvelle

tous les deux jours pendant 8 jours environ. La « plaie » dura environ un mois et demi. Fermée depuis 6 semaines environ.

Le 10 janvier 1883, à Saint-Louis, on trouve sur la face latérale du bras droit, à 3 cm. au-dessus de l'épicondyle, une papule de forme ovale, large comme une pièce de 5 francs, de couleur jambon foncé, formant au-dessus des téguments un relief considérable. Les bords un peu irréguliers se continuent peu à peu avec les parties saines. La surface de la papule est recouverte de fines écailles blanches, transparentes, faciles à détacher par un léger grattage. Au-dessous d'elles, on voit l'épiderme fraîchement reformé. La périphérie de la papule est recouverte d'écailles plus petites, plus fines. En la saisissant entre les doigts placés aux extrémités d'un même diamètre, on constate l'existence d'une induration considérable, induration en surface et en profondeur, parfaitement limitée aux dimensions mêmes du chancre. La lésion est absolument indolente.

Au-dessus de l'épitrochlée, il existe un ganglion volumineux, indolent, gros comme une amande, ayant atteint la dimension d'un œuf de perdrix quand le malade travaillait. Ce ganglion surmonte complètement l'épitrochlée. Il existe un autre ganglion peu petit, au-dessous du premier. Dans le creux de l'aisselle, il y a deux ganglions indolents, assez volumineux, surtout l'un d'eux, gros comme une noisette.

Enfin on trouve une alopécie considérable, des syphylides multiples et une pléiade inguinale indolente bilatérale.

OBSERVATION LI

(Ch. DE LA NIÈCE. *Annales de Derm. et de Syph.*, 1886).

G. P., 26 ans, musicien, entre le 20 février 1886, dans le service Fournier, pour une éruption dont il s'est

aperçu, il y a environ 15 jours, et pour un mal de gorge. Au premier examen, on constate, outre des accidents secondaires généralisés, une ulcération siégeant au niveau du coude droit.

Il y a quatre mois à peu près, au commencement de novembre, il fit une chute en descendant un escalier. Ce fut le coude qui porta sur le sol; il en résulta quelques excoriations légères qui se recouvrirent de croûtes et auxquelles le malade ne prit garde. Trois semaines environ après, il ressentit un peu de douleur à ce niveau et remarqua une légère rougeur de la peau autour des croûtes que des cataplasmes firent tomber; il resta trois petites ulcérations qui peu à peu s'agrandirent. Malgré les pansements à l'eau phéniquée, les ulcérations s'étendirent et finirent par se réunir. La plaie suppura et prit un mauvais aspect. Un médecin consulté fit faire des pansements avec de la poudre d'iodoforme. C'était vers le 20 janvier; l'ulcération prit un meilleur aspect, commença à se cicatriser. Mais il y a 15 jours survinrent les accidents actuels.

Actuellement, on constate sur le coude droit, juste au niveau de l'olécrâne, une ulcération de la grandeur d'une pièce de 5 francs. Cette ulcération est en voie de réparation déjà avancée. Les contours sont assez irréguliers; ses bords sont lisses; son fond rosé. Elle est entourée d'une zone rougeâtre, recouverte de petites squames.

Lorsque l'on prend la peau entre les doigts au niveau de cette ulcération, on constate une induration très marquée qui contraste manifestement avec la souplesse des téguments du coude de l'autre côté.

Si l'on explore le creux axillaire, on trouve un gros bubon dur, absolument indolore, tellement que le malade ne s'en est pas aperçu, quoique son volume égale bien celui d'une grosse châtaigne.

L'hypothèse la plus simple et la plus vraisemblable, c'est que le malade s'est inoculé les excoriations qu'il portait au coude avec les doigts souillés de pus contagieux. Il avoue que dans les jours qui ont suivi sa chute et alors qu'il avait le coude excorié, il a couché avec deux femmes plus que suspectes. A cette époque, il ne portait aucun pansement sur ses plaies et il les « grattait souvent avec ses doigts ».

Le malade est mis au traitement et le 25 mars son chancre est complètement cicatrisé.

OBSERVATION LII

(D^r BURNIER. *Société de Derm. et de Syphil.*, 1919).

Il s'agit d'un homme de 36 ans, chauffeur, qui, pendant la nuit du 20 au 21 juin 1919, se brûla au niveau de l'avant-bras gauche avec l'écran du foyer de sa machine porté au blanc. Il en résulta une brûlure du 3^e degré avec eschare noirâtre qui mit environ un mois à se cicatriser.

Le malade reprit son service le 25 juillet, la plaie n'étant pas encore complètement épidermée; mais il dut s'arrêter de nouveau le 13 août par suite de l'apparition d'un « bouton » qui fut pris par le médecin de la Compagnie pour un furoncle, ouvert et exprimé.

Malgré cela, le « furoncle » ne guérissait pas, et quand le docteur Burnier vit le malade le 7 septembre, il existait au niveau de l'ancienne brûlure une lésion papuleuse, surélevée en plateau, de couleur rouge chair musculaire, grande comme une pièce de 5 francs et arrondie, reposant sur une base dure et infiltrée, non douloureuse. On sentait de volumineux ganglions axillaires et un ganglion épitrochléen.

R. W. positive; 8 jours plus tard apparurent la roséole et des syphilides papuleuses génitales.

Des injections d'arsénobenzol amenèrent la guérison rapide de la lésion.

La recherche du mode de contamination du chancre fournit les renseignements suivants : Le mécanicien de la locomotive, avec lequel le malade s'est trouvé en contact permanent du 25 juillet au 13 août, était lui-même syphilitique et, à l'examen, le docteur Burnier le trouva porteur de nombreuses plaques muqueuses labiales et buccales, et de syphilides cutanées généralisées. Il est logique d'admettre que la contamination s'est faite en l'espèce par les objets ou chiffons manipulés tour à tour par le chauffeur et le mécanicien et contaminés par ce dernier.

La brûlure du chauffeur qui n'était pas encore complètement épidermée, a été la porte d'entrée du tréponème.

OBSERVATION LIII

(BALZER et M^{lle} LONDEMAN. *Société de Derm. et de Syphil.*, 1913).

M. Ch..., 50 ans, constate, le 17 mars 1913, un bouton rouge à l'union du 1/3 inférieur avec les 2/3 supérieurs de l'avant-bras gauche à sa face interne. Peu de temps après, adénopathie indurée et profonde de l'aisselle. Il est d'abord traité pour un furoncle par des applications de teinture d'iode. Il vient enfin à la consultation de Saint-Louis, le 29 juin. La lésion a pris une étendue supérieure à celle d'une pièce de 5 francs; elle est plate, légèrement croûteuse au centre, avec une infiltration nette, assez ferme et élastique. L'adénopathie axillaire persiste. Il s'agit évidemment d'un chancre syphilitique non traité et ayant acquis pour cette raison de grandes dimensions. Le malade est couvert d'une éruption de syphilides papuleuses avec une alopecie en clairière qui date de trois semaines. Plaques muqueuses anales.

OBSERVATION LIV

(DÉLINOTTE. *Thèse Bordeaux*).

D..., 28 ans, comptable, vient consulter le 13 juillet 1910 pour un chancre de 3 cm. sur 2 1/2, ovalaire, à cheval sur le bord externe du radius, à un travers de doigt au-dessus de la tabatière anatomique, saillant de 3 mm., rouge, suintant, à centre sphacélé; entouré par une aréole rosée. Pas de ganglion épitrochléen; ganglions axillaires, début de roséole; angine. Traitement mercuriel. Le 27 juillet, le chancre était en voie de guérison.

OBSERVATION LV

(GRIFFON. *Société de Derm. et de Syphil.*, 1905).

Il s'agit d'un chancre géant du dos de la main, siégeant exactement au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne de l'index gauche, empiétant sur l'espace inter-métacarpien du côté cubital. La lésion, de l'étendue d'une pièce de 10 centimes, un peu ovoïde, à grand axe transversal, de 3 à 4 cm. de diamètre dans les divers sens, est certainement un accident primitif syphilitique. Indolore, toujours à vif, jamais couverte d'une croûte, elle offre un aspect charnu, bourgeonnant, caractéristique, avec un îlot blanchâtre d'épidermisation en son centre.

Le ganglion épitrochléen n'est pas hypertrophié, mais les ganglions de l'aisselle sont très gros, ceux du cou et des aines commencent à réagir.

Depuis l'entrée du malade à l'hôpital, la roséole a fait son apparition.

Le chancre serait survenu à la suite d'une morsure de la main par un compagnon de lutte.

OBSERVATION LVI

(Professeur LEJARS. *Ann. de Derm. et de Syph.*, 1893).

Il s'agit d'un homme de 30 ans, grand et vigoureux,

qui, dans l'été 1892, se prit de querelle et porta à son adversaire un coup de poing sur la bouche; il heurta l'arcade dentaire supérieure de son adversaire et se fit, de la sorte, une double blessure à la face dorsale du pouce et de l'index infléchis, au niveau de l'articulation inter-phalangienne du pouce et phalango-phalanginienne de l'index. Les deux petites plaies saignèrent un peu et se fermèrent très vite. Cet accident eut lieu le 25 juin. Un mois plus tard, aux deux points correspondants, la peau s'ulcérait, et les deux ulcérations grandirent peu à peu, devenant très rapidement bourgeonnantes et fongueuses.

Le malade vint alors à la Pitié : les deux surfaces dénudées ressemblaient à des plaies mal pansées, irritées, infectées. On fit un traitement local antiseptique, sans aucune amélioration. Au bout de 3 semaines, sur l'index, l'ulcération, plus large qu'une pièce de 2 francs, couvrait toute la face dorsale du premier article inter-phalangien; elle était ovalaire, encerclée d'un liseré violacé, frangé, et de lamelles épidermiques à demi-décollées; le fond était saillant, mamelonné, d'un rouge foncé, maculé par places de points jaunes; il saignait au moindre frottement; l'ensemble n'était nullement induré, on ne sentait au-dessous aucune base solide, aucune plaque épaissie. Au pouce, l'ulcération était soulevée par une bosselure nettement fluctuante, et à sa surface se retrouvaient ces taches jaunâtres déjà signalées. Les deux articulations sous-jacentes semblaient intactes et la flexion n'y était gênée que d'une façon toute mécanique. Enfin les deux ulcères étaient fort douloureux.

Sur le reste de la main, sur l'avant-bras, il n'y avait rien. A la face interne du bras, une plaque épaisse, large de deux ou trois travers de doigt, de consistance assez ferme et recouverte d'une peau un peu rosée, commençait à quelque distance de l'épitrôchlée et se prolongeait jusqu'au tiers supérieur du membre; dans cette gangue, on

ne sentait pas de noyaux isolés, ni d'indurations circonscrites, et l'on avait l'impression d'une lymphangite « tubulaire ».

Une double hypothèse était possible : celle d'un double chancre syphilitique, de forme très anormale, ou encore d'une double ulcération de tuberculose inoculée.

Deux mois après la morsure, le professeur Lejars pratique l'extirpation large des deux ulcères, en circonscrivant chacun d'eux par une double incision semi-lunaire et en le disséquant en masse; il dut aller jusqu'à la gaine fibreuse dorsale du doigt qu'il laissa à nu. Au pouce la bosselure était remplie d'un pus grumeleux; la paroi profonde de la petite cavité était friable et fongueuse et fut soigneusement curettée. On fit un pansement à l'iodoforme.

Au bout d'une huitaine de jours, les plaies étaient en voie de cicatrisation. Le malade quitte alors l'hôpital, revenant se faire panser.

Trois semaines plus tard, il revient avec un enrrouement très marqué, de la dysphagie, un peu de dyspnée; sur la poitrine, existait une roséole confluyente; sur les piliers du voile du palais, des plaques muqueuses très abondantes.

On le mit aux frictions mercurielles, et les plaies d'excision des deux chancres se cicatrisèrent très régulièrement; celle de l'index se ferma la dernière.

OBSERVATION LVII

(BIZARD et LAFFONT. *Ann. des Mal. Vén.*, 1906).

S..., 26 ans; soigné au Dispensaire de Saint-Lazare. Il raconte qu'il y a trois mois, le 10 juillet 1906, s'étant pris de querelle avec un inconnu, il lui asséna un vigoureux coup de poing sur la bouche qui se mit à saigner abondamment. Lui-même remarqua que sa main était

couverte de sang et, après l'avoir nettoyée, il s'aperçut qu'il avait été blessé à la base de l'annulaire droit. Il se contenta d'exprimer le sang de la petite écorchure; puis, pendant les quelques jours qui suivirent, il lava celle-ci avec de l'eau phéniquée. Le fond de la plaie se mit à suppurer pendant quelques jours, puis se ferma bientôt tout à fait. Environ 3 semaines après, vers la fin juillet, la lésion primitive se transforma peu à peu en une ulcération assez profonde, à grand diamètre longitudinal, mesurant 4 à 5 centimètres et complètement indolente. Elle n'était que peu indurée. A aucun moment, aux dires du malade, il n'y eut de l'œdème du doigt, et à aucun moment, les mouvements de l'articulation métacarpo-phalangienne n'ont été difficiles ou douloureux. Trois semaines après le début du chancre, apparition de la lymphangite du bras, accompagnée d'adénopathie axillaire rapidement très marquée, déterminant une impotence complète du membre. C'est dans ces conditions qu'il y a un mois, vers le milieu de septembre, il se présenta à la consultation de médecine de l'Hôtel-Dieu où on constata, paraît-il, une roséole au début, puis à Cochin où on vit une roséole confluyente avec adénopathies multiples.

Le 16 octobre 1906, il existe une lésion de la base de l'annulaire de la main droite, siégeant sur la face dorsale du voisinage de l'article métacarpo-phalangien et empiétant sur la face cubitale de l'espace intermétacarpien, d'aspect ovalaire, de la grandeur d'une amande environ, à grand diamètre longitudinal, en voie de réparation, constituée par une zone externe rougeâtre, lie de vin, et une zone centrale squameuse portant les vestiges d'une croûte très récemment tombée. En serrant cette lésion entre le pouce et l'index, on sent très nettement un empiètement profond. En outre, adénopathie épitrochléenne assez marquée et axillaire encore très prononcée, mais

ayant été beaucoup plus volumineuse. Nombreux ganglions cervicaux; nombreuses syphilides papuleuses et papulo-squameuses disséminées.

Le 23 octobre, les accidents cutanés étaient atténués, mais des rhagades et des syphilides ulcéreuses péri-anales étaient apparues, dont le porteur souffre pendant la marche.

OBSERVATION LVIII

(BIENFAIT. *Thèse Paris*, 1925).

R..., 20 ans, à ses dires s'est enfoncé, il y a un mois environ, une pointe à la face dorsale du pouce, à 1 cm. en arrière de l'ongle. La plaie n'a jamais guéri complètement, mais depuis quelques jours seulement, ses dimensions se sont trouvées considérablement augmentées.

C'est une ulcération peu creusée, peu en relief, de forme ovalaire et allongée obliquement par rapport à la longueur du doigt. Son grand axe correspond sensiblement au diamètre d'une pièce de 2 francs, le petit axe étant mesuré environ par celui d'une pièce de 50 centimes. L'ulcération déborde un peu en dedans sur la face latéro-interne du pouce. Le fond en est grisâtre, les bords violacés sont entourés d'une zone dure. On trouve à droite de nombreux ganglions axillaires. Tréponèmes à l'ultra. Légère roséole maculeuse. Le malade fut contaminé par une professionnelle un soir de « bombe » avec des camarades qui fêtaient leur départ au régiment. Il avait alors négligé de recouvrir la petite blessure qu'il s'était faite deux ou trois jours auparavant.

Sous l'influence du traitement, le chancre régresse rapidement et en 17 jours se trouve complètement cicatrisé.

OBSERVATION LIX

(LÉVY-BING, GERLAY, BONNET. *Ann. des Mal. Vén.*, 1919).

R..., 24 ans, entre le 13 octobre à l'hôpital. Il a depuis un mois une plaie de l'index droit, qui persiste, sans tendance à la cicatrisation, qui est indolente. Depuis une semaine, il souffre violemment de la région de l'aisselle et de la partie supérieure du bras droit.

A l'examen, lésions disséminées de grattage et de gale. Au milieu de ces lésions, sur les flancs, on trouve une quinzaine de macules de couleur rose pâle, sans saillie, sans squames, à bords estompés; ces taches s'effacent momentanément sous la pression du doigt.

Sur la face dorsale de l'index droit, juste au niveau de l'articulation phalango-phalangienne, on voit une ulcération ayant la forme d'une grosse fève de 2 cm. de hauteur sur 3 cm. de largeur, à surface inégale dont les bords surélevés en couronne irrégulière forment un bourrelet circulaire qui paraît enchassé dans l'épiderme sain qui l'entoure. Les bords sont durs, épais, surélevés de 2 ou 3 millimètres au-dessus des parties saines. La couleur de la plaie est rouge sombre, tachetée par places de petites taches gris sale; le centre est un peu déprimé, certaines parties, principalement sur les bords, sont légèrement végétantes ou recouvertes d'une croûte noirâtre très adhérente. La plaie ne suppure pas; pas de réaction inflammatoire de la région environnante.

Il existe deux ganglions épitrochléens, et sur le bord interne du biceps un cordon moniliforme presque indolore. Ganglion axillaire.

Aucun renseignement sur le mode de contamination.

R. W. fortement positive.

Le 13 octobre, on commence le traitement (novar et biiodure).

Le 5 novembre, le chancre est complètement cicatrisé,

la surface en est irrégulière, rose au centre, plus foncée sur les bords qui sont durs et surélevés.

Vers la mi-novembre, subsiste une macule un peu blanchâtre, à peine déprimée dans le centre, sans bourrelet apparent sur les bords.

OBSERVATION LX

(D^{rs} PETGES, P. LE COULOULT et DELOS. *Annales des Maladies vénériennes*, 1929).

Il s'agit d'un homme de 52 ans, docker, qui se présente pour une lésion ulcéreuse de la phalangette du médius gauche dont il est porteur depuis une vingtaine de jours. Il s'était piqué le doigt avec un fil d'acier, pendant son travail. Quinze jours après, il vit apparaître une plaie indolente du médius, accompagnée d'un état phlegmoneux du doigt, de la main, d'une lymphangite de l'avant-bras et du bras, et d'une volumineuse adénopathie sus-épitrochléenne et axillaire, dure, non douloureuse, sans périadénite.

Cette ulcération rouge, propre, suintante, ne suppurant pas, la consistance ferme de l'extrémité du médius, l'absence de douleurs spontanées par les mouvements du doigt, les caractères de la polyadénopathie axillaire et sus-épitrochléenne font penser à la possibilité d'un accident primitif syphilitique que confirment d'ailleurs la présence du tréponème dans la sérosité de la lésion et le W. très fortement positif.

OBSERVATION LXI

(D^r Paul BLUM. Cas inédit observé à l'Hôpital de St-Denis)

Ch. Bouv..., 34 ans, ménagère. Cette malade, qui présente de l'eczéma chronique de la main droite depuis une douzaine d'années, était soignée depuis le 16 décembre 1930 à la consultation de chirurgie de l'Hôpital



OBSERVATION LXI

(Service photographique de Saint-Louis).

Chancre géant de l'index droit.

de Saint-Denis, pour une plaie de la face dorsale de l'index droit. Cette plaie existait déjà depuis la mi-novembre. Pendant 3 à 4 semaines, la malade s'était soignée elle-même sans obtenir aucun résultat. La plaie, considérée comme banale en chirurgie, fut soignée par les méthodes ordinaires, sans résultat également, jusqu'à ce qu'une éruption généralisée sur tout le corps vint éclairer le diagnostic. La malade fut alors envoyée le 23 janvier 1931 à la consultation du docteur Paul Blum qui fit immédiatement le diagnostic de roséole syphilitique généralisée, diagnostic bientôt confirmé par une R. W. complètement positive.

Le 31 janvier, on trouvait sur la face dorsale des 2^e et 3^e phalanges de l'index droit, une ulcération absolument irrégulière et ne connaissant rien de la configuration normale, de l'orbicularité habituelle du chancre. Cette ulcération était creuse, déprimée, anfractueuse, suintante. On aurait dit plutôt l'orifice ulcéré d'un panaris. L'ulcération s'étendait depuis le bord de l'ongle jusque sur la face dorsale de la 2^e phalange; elle débordait en largeur sur les faces latérales des phalanges. La malade ne pouvait étendre le doigt, ni le plier.

On ne trouvait pas de ganglion épitrochléen, mais il existait un ganglion axillaire. Les traces de la roséole persistaient toujours.

L'interrogatoire de la malade nous apprend qu'à la fin de septembre, elle a soigné une nièce (syphilitique, mais elle ne le savait pas) qui avait fait une fausse couche; notamment elle lui faisait des injections vaginales. Or, en novembre, une des lésions d'eczéma chronique s'est agrandie, a formé une crevasse; celle-ci a été le point de départ de l'accident primaire actuel.

Un ultra pratiqué le 31 janvier est négatif, ce qu'expliquent tous les traitements locaux pratiqués depuis novembre.

Actuellement (fin mars 1931), le doigt est complètement cicatrisé et la roséole a disparu.

Une photographie prise à Saint-Louis par M. Schaller représente ce chancre.

OBSERVATION XII

(Professeur NICOLAU, *Annales des Mal. Vén.*, 1928).

Chancre de la fesse droite observé dans le service de Nicolau, à Bucarest, en 1926, dont le grand diamètre ne mesurait pas moins de 14 cm. et le petit 9 cm.

OBSERVATION XIII

(DU CASTEL, *Soc. de Derm. et de Syph.*, 1894).

Il s'agit d'une jeune fille de 15 ans 1/2 qui présentait sur la partie interne de la fesse droite, au niveau de la marge de l'anus, une ulcération de 6 cm. de longueur sur 3 cm. de largeur. C'est une ulcération sans profondeur, de couleur plutôt rouge, mais ne présentant pas la rougeur si caractéristique de certaines ulcérations syphilitiques; elle est le siège d'une suppuration peu abondante, à laquelle se mélange fréquemment une certaine quantité de sang. Sur la surface ulcérée, on aperçoit quelques îlots recouverts d'épithélium et qui semblent devoir être le point de départ du travail de cicatrisation. Les bords de l'ulcération sont festonnés à petites dents; ils sont sans hauteur, non taillés à pic, non décollés. L'ulcération s'arrête au niveau de la marge de l'anus; elle repose sur une base indurée, de dureté cartilagineuse, d'un centimètre au moins d'épaisseur.

Adénopathie inguinale droite, dure, indolente.

L'ulcération aurait débuté il y a quatre à cinq mois et la tuméfaction ganglionnaire daterait à peu près de la même époque.

Pour Du Castel, il ne s'agit pas d'un chancre simple :

les bords. ne sont ni taillés à pic, ni décollés; il n'y a aucune inoculation aux environs de l'ulcère primitif, ce qui ne manquerait pas d'avoir lieu en cas de chancre simple.

Il ne s'agit pas d'une ulcération tuberculeuse; en aucun point, on ne voit ni tubercule, ni granulation.

Il ne s'agit pas de lésion syphilitique héréditaire; le peu de profondeur de l'ulcération ne conduit pas à ce diagnostic. Il n'y a pas d'antécédents spécifiques chez les parents; le malade n'a pas de stigmates de syphilis héréditaire.

Par exclusion on est donc conduit au diagnostic de chancre syphilitique que paraît confirmer l'induration considérable constatée au-dessous de l'ulcère, la tuméfaction indolente des ganglions.

OBSERVATION LXIV

(Max WOHLLENVEBER. *Diss. Bonn*, 1925).

Il s'agit d'un enfant de 13 ans, soigné à la clinique dermatologique du Professeur Hoffmann. Cet enfant, en jouant à l'école, fut violemment renversé, tomba sur la fesse gauche et se fit à ce niveau une plaie à laquelle il ne prêta pas grande attention, si bien que trois semaines après, cette plaie n'était pas encore cicatrisée. Vers la même époque, son frère plus âgé était soigné pour accident secondaire. Et pendant tout ce temps, les deux frères dormirent ensemble dans le même lit. Puis le frère aîné entra à la clinique, pour suivre un traitement de quatre semaines. Lorsqu'il revint chez lui, il reconnut l'existence chez son frère des mêmes accidents qu'il avait présentés. L'enfant fut amené à la clinique le 13 juin 1926. Il présentait des accidents secondaires multiples. De plus, sur la fesse gauche, il existait une ulcération, ovale, indurée, dont le plus grand diamètre avait

4 cm. 1/2 et le plus petit 3,3. Il existait une adénite inguinale gauche nettement douloureuse.

On institua un traitement (novar et bismuth) qui agit rapidement, si bien qu'à la fin de la première série, l'ulcération n'avait plus que la grandeur d'une pièce de 5 marks.

OBSERVATION LXV

(HULOT. *Ann. de Derm. et de Syphil.*, 1879-1880).

M..., 19 ans, entre le 8 juillet 1876 dans le service du Professeur Fournier. Il raconte qu'au mois de février, un mois après s'être exposé à contracter une affection contagieuse, il s'est aperçu qu'il avait à la partie supérieure et externe de la cuisse gauche, un bouton dur, indolent, se recouvrant de croûtes brunes. Vers le 15 mars, les croûtes, qu'il enlevait souvent, ont cessé de se reproduire et le bouton a guéri tout seul.

Actuellement, on constate au niveau du grand trochanter gauche la présence d'une sorte de plaque cicatricielle, régulièrement arrondie et présentant à peu près la dimension d'une pièce de 5 francs. Au centre et dans l'étendue d'une pièce de 1 franc, cette plaque est lisse et blanche comme un tissu purement cicatriciel. Tout autour de cette partie centrale, se trouve une zone d'un rouge sombre, où la peau est un peu tuméfiée. La base de cette plaque est encore assez indurée. Adénite inguinale gauche. Syphilides papuleuses multiples.

L'étiologie s'explique ainsi : Au mois de janvier, il avait eu pour compagnon de lit un garçon atteint d'une éruption de syphilides papulo-érosives ou ulcéreuses du gland, compliqué d'un énorme paraphimosis. Son voisin, tout souffrant, se retournait souvent et le touchait parfois. Lui qui ne redoutait qu'à moitié le mal de son voisin, se grattait cependant quand il se sentait touché. En

se grattant ainsi, il s'écorchait l'épiderme, ce qui facilitait l'inoculation.

OBSERVATION LXVI

(DE BEURMANN et DELHERM. *Ann. de Derm. et Syph.*, 1899)

La nommée F... vient consulter à Broca, le 20 mai 1899. Il y a 2 mois environ, elle a constaté sur sa cuisse droite l'apparition d'un bouton qui s'est ulcéré plus tard, mais n'a jamais été douloureux. Actuellement, il existe une ulcération de 3 cm. de long sur 3 cm. de large. Elle est entourée d'une légère zone rosée. Elle est bordée par un rebord assez saillant de coloration violacée. Le fond est de couleur chair, tomenteux, un peu végétant, très coloré. La base est nettement indurée. Le chancre est en voie de guérison. Adénopathie inguinale très marquée. Peu d'accidents secondaires (roséole, papules, syphilides acnéiformes).

OBSERVATION LXVII

(DELINOTTE. *Thèse Bordeaux*).

S..., 45 ans, fantassin, est envoyé à l'Hôpital complémentaire 71, à Jouarre, chez le professeur agrégé Petges. Il était porteur depuis environ un mois d'une ulcération ovalaire de 3 cm. 1/2 sur 2 cm. 1/2 à la face externe, tiers moyen, de la cuisse gauche. L'ulcération reposait sur une tuméfaction un peu saillante bien limitée, non adhérente aux plans profonds, purement cutanée, débordant l'ulcération de 1 cm. environ, donnant, à la palpation, une sensation de fermeté, mais non indurée. Pléiade ganglionnaire crurale correspondante.

Après 5 ou 6 jours de pansements à l'eau bouillie, ultra positif. R. W. positive.

Etiologie ? Le malade était en permission une vingtaine de jours avant le début de la lésion.

OBSERVATION LXVIII

(NIVET. *Thèse Paris*, 1887).

B..., 30 ans, entre à Saint-Louis, le 19 mai 1886, pour une ulcération siégeant sur la partie moyenne de la face antérieure de la cuisse gauche : ulcération arrondie, du diamètre d'une pièce de 5 francs, à fond lisse, de couleur chair musculaire, n'ayant pas de rebords appréciables. Induration très manifeste à la base. Dans l'aîne, gros bubon crural.

Sur le tronc, syphilides papulo-érythémateuses, datant de 8 jours et ayant suivi à une distance de cinq semaines l'apparition de l'ulcération.

Le malade est marié; sa femme, d'après lui, ne serait pas malade et il n'a pas vu d'autre femme qu'elle; mais il lui est arrivé plusieurs fois, quelque temps avant l'apparition du mal, de faire sauter sa femme sur ses genoux, l'un et l'autre se trouvant dans un costume tout à fait primitif, et, à la suite, il sentait ses cuisses mouillées, mais il n'y attribuait pas d'importance.

OBSERVATION LXIX

(VESLIN. *Annales de Derm. et de Syphil.*, 1890).

Il s'agit d'un malade du professeur Fournier, qui présentait un chancre de la face externe de la jambe, siégeant à l'union du 1/3 supérieur avec les 2/3 inférieurs. C'était une érosion de la largeur d'une pièce de 5 francs. Il y avait une adénopathie inguinale considérable et des syphilides papuleuses. Le mode de contamination est resté ignoré.

OBSERVATION LXX

(RILLE. *Dermatologische Wochenschrift*, 1921).

A. R., 19 ans, fille de cuisine, entrée le 28 février 1911

à la Clinique dermatologique de Leipzig, pour blennorragie.

A son entrée, ne présentait rien d'autre que sa blennorragie; la R. W. avait été négative.

Or, le 1^{er} avril, elle se plaignit de douleurs au niveau du gros orteil droit et raconta que 8 à 15 jours auparavant, dans la salle de bains, elle s'était blessée le gros orteil à une pointe métallique, si bien que l'orteil avait saigné. Mais elle n'y prêta guère attention.

On constata que le gros orteil était enflé; il y avait une rougeur qui s'étendait jusqu'au niveau de l'articulation métatarso-phalangienne. Le gros orteil était douloureux, surtout dans le voisinage de l'ongle. Il existait une ulcération, de la grandeur d'une pièce d'un mark, située à la face dorsale et à la face interne de la phalange inguinale, décollant l'ongle. Il y avait en outre une adénite crurale. L'ulcération s'agrandit progressivement, devint arrondie et entoura complètement l'ongle.

Le 22 avril, apparition de la roséole. Le 6 mai, on commence le novar. Le 30 mai, le chancre diminue. Le 16 juin, R. W. positive. Le 15 août, le gros orteil est normal. Le 15 septembre, ablation de l'ongle.

Rille conclut que le virus syphilitique a pénétré par la lésion traumatique. Quant à la provenance du tréponème, on ne peut que faire des suppositions.

CHAPITRE X

Chancres géants des organes génitaux

OBSERVATION LXXI

(J. RØEDERER et R. GLASER. *Réunion dermatologique de Strasbourg*, 13 novembre 1927).

M. W... aurait eu, il y a 25 ans, un chancre du fourreau de la verge, traité dans un hôpital et ayant guéri au bout d'une huitaine de jours, en laissant une cicatrice lisse et simple (? ?).

L'année dernière, sa femme étant enceinte, il se fit faire une prise de sang (résultat négatif).

La lésion qu'il présente actuellement est une ulcération de la racine de la verge qui a débuté il y a 22 jours et qui a été traitée par un médecin en ville par de l'éther iodoformé et par une pommade iodoformée. Malgré cela, la lésion grandit et ses bords s'indurèrent. Une R. W. fut fortement positive. Vint alors consulter les docteurs Røederer et Glaser.

Il existait à ce moment une ulcération nettement arrondie, occupant la partie gauche de la racine de la verge, qui avait les dimensions d'une pièce de 5 francs : les bords étaient lisses, légèrement surélevés, rouges, indurés, tombant à pic vers l'ulcération et se confondant

en pente douce avec la peau des environs, légèrement rosée. Le fond de l'ulcération était rouge vif, irrégulier, présentant de petites saillies et de petites dépressions, mais parfois assez marquées et remplies l'une ou l'autre d'un peu de pus.

Il existait une adénopathie inguinale et crurale gauche.

Les ultras sont répétés à plusieurs reprises; ils sont négatifs. Pas de Ducrey; auto-inoculation négative. Le malade se décide alors à entrer dans le service. Deux jours après, apparition de papules secondaires typiques. La R. W. est fortement positive. On met alors le malade au traitement et il quitte le service. A ce moment, la lésion avait diminué de dimension, elle était grande comme une pièce de un franc, tendant à se combler. Les lésions papuleuses se sont affaïssées et ne se retrouvent plus que par endroits.

OBSERVATION LXXII

(PUYO-MÉDINA. *Thèse Paris*, 1891-1892).

Il s'agit d'un malade du professeur Fournier, dont la lésion est reproduite par le moulage n° 28 de la Collection particulière Fournier. Le malade avait un chancre érosif dont les dimensions étaient de 5 centimètres en longueur et de 3 cent. 1/2 en largeur. Cette érosion siégeant sur la face dorsale du prépuce; sa forme était celle d'un 8 de chiffre dont la plus petite bouche regarderait vers le sommet du gland; elle résultait de la fusion de deux érosions primitivement isolées, l'une, supérieure, large comme une pièce de 2 francs; l'autre, inférieure, comme une pièce de 1 franc, qui, en s'étendant excentriquement, se sont réunies l'une à l'autre par une sorte d'isthme. Elle était uniformément plate et même légèrement surélevée, c'est-à-dire qu'elle a entamé à peine les couches

les plus superficielles de l'épiderme. Le contour en était assez régulier; les bords étaient constitués par l'épiderme sain. La couleur est rouge, mélangée de gris et de jaune; on dirait que l'on y a étendu une couche de vernis. Pas de gonflement, ni de rougeur de la peau ambiante, d'aspect normal.

OBSERVATION LXXIII

(PUYO-MÉDINA).

Berthe G..., 18 ans, entrée le 18 juin 1892 dans le service du professeur Fournier. Elle présentait une lésion de la grande lèvre droite remontant environ à 6 semaines et qui empêchait la marche depuis quelques jours seulement. Elle racontait que la lésion avait débuté dans la troisième semaine après le dernier coït, par un petit bouton qui la démangeait beaucoup et qui, à la suite de grattage, s'est agrandi rapidement, en même temps qu'il est devenu très douloureux.

A son entrée, la grande lèvre droite était augmentée de volume, au moins quadruple de la gauche; cette tuméfaction se faisait surtout aux dépens de la face cutanée plutôt que de la face muqueuse. A la palpation on avait l'impression d'un œdème inflammatoire, de consistance pâteuse, au sein duquel on différenciait une zone plus définie, à la façon d'un morceau de carton, d'une carte de visite qu'on y aurait inclus. Cette zone dure, circonscrite, n'était autre qu'un chancre syphilitique occupant toute la moitié supérieure de la grande lèvre et enchâssée par sa base dans son épaisseur. La coloration générale était rouge; d'autre part, on remarquait que presque toute la surface de la grande lèvre était le siège d'une ulcération en nappe, superficielle, érosive, à tendance envahissante, indice d'un sphacèle superficiel n'entamant pas le derme et s'étendant en surface autour

de l'érosion chancreuse primitive. Le fond de cette érosion était légèrement saignant et couvert de distance en distance de croûtelles peu épaisses et molles.

Adénopathie inguinale caractéristique. La malade est mise au traitement et le 12 juillet le chancre était complètement cicatrisé; il ne restait plus qu'une surface violacée, entourée d'une auréole de pigmentation, complètement sèche.

OBERVATION LXXIV (PUYO-MÉDINA).

Isamb. Alb., 18 ans, entre le 4 août 1877 dans le service du professeur Fournier. Il y a 4 jours, elle s'est aperçue qu'elle avait quelque chose à la vulve. A l'examen on constate : 1° Adénopathie inguinale et ganglions axillaires bilatéraux. 2° Quelques macules rosées (peut-être roséole naissante). 3° Une large ulcération chancreuse.

Il existe une lésion de la grande lèvre droite, occupant toute sa hauteur et empiétant de 2 travers de doigt sur la région de la fesse; en largeur, elle occupe toute la grande lèvre jusqu'à 1/2 travers de doigt du sillon inguino-crural.

Il existe une tuméfaction considérable de toute la grande lèvre qui surplombe de plus d'un centimètre le plan de la grande lèvre du côté opposé.

La lésion est une érosion extrêmement superficielle, à contours irréguliers, tantôt rectilignes, tantôt un peu arrondis et constitués par un léger bourrelet d'épiderme sain; par places, l'épiderme ambiant est légèrement soulevé et comme flétri. Partout ailleurs, il est adhérent au derme.

La surface malade présente une coloration variable d'aspect : sur certains points, rouge chamois; sur

d'autres, jaune, gris sale (bord rance); sans entamure profonde, elle est absolument égale. Par places, on voit quelques lambeaux épidermiques encore adhérents.

Au pourtour de la lésion, la peau présente un léger degré d'infiltration œdémateuse avec coloration inflammatoire.

A la palpation, induration parchaminée.

OBSERVATION LXXV

(SCHEFFER. *Réunion dermat. de Strasbourg*, 9 juillet 1922).

M^{me} H..., 48 ans, veuve depuis 7 ans, domestique de ferme, avoue avoir cédé, 12 semaines avant son entrée à l'hôpital, qui date du 3 mai dernier, aux instances de son patron.

Durant les trois semaines qui précédèrent le 3 mai, elle eut à plusieurs reprises des hémorragies vaginales assez violentes, elle souffrait de douleurs lombaires et se plaignait de fatigue générale.

L'examen au spéculum permet de constater au niveau du col de l'utérus et principalement sur la face inférieure, une masse bourgeonnante, végétante, de la grosseur d'une grosse noix, le tout recouvert d'un enduit verdâtre extrêmement fétide. Après avoir détergé, on met à nu une ulcération, à bords peu nets, ayant les dimensions d'une pièce de 5 francs reposant sur cette masse papillomateuse.

Au toucher vaginal on constate une infiltration ligneuse du col se prolongeant jusqu'au paramètre gauche. La mobilité utérine est diminuée. Le toucher n'est pas douloureux.

La malade présente en outre, près de la fourchette, sous un repli de la petite lèvre gauche, une minuscule ulcération ayant au plus les dimensions d'une petite lentille, à peine infiltrée, à bords nets, à fond diphtéroïde.

Dans l'aîne gauche, un petit ganglion dur, roulant sous le doigt, deux dans l'aîne droite. La peau est indemne de toute lésion suspecte.

Un gynécologue qui avait vu la malade avait posé le diagnostic d'épithélium du col. Malgré cet avis et en raison des ganglions inguinaux et de la petite ulcération suspecte de la fourchette, on rechercha le tréponème systématiquement sans résultat sur la formation morbide du col, par contre avec succès à la fourchette, après plusieurs succès infructueux.

Le traitement mixte (novar et cyanure) institué d'urgence fit fondre avec une rapidité surprenante toute la masse végétante du col.

L'infiltration paramétrale disparut. Il ne subsiste actuellement qu'une cicatrice de la dimension d'une pièce de 5 francs.

Il s'agissait donc bien d'un chancre du col simulant un épithélioma.

OBSERVATION LXXVI

(PASSENAUD. *Thèse Paris*, 1904).

M... Henriette, 20 ans, entre le 31 mars 1904 à l'hôpital Broca pour des boutons qu'elle présente aux organes génitaux.

L'examen pratiqué le 5 avril montre l'existence de chancres syphilitiques multiples de la vulve et de la région préanale. L'examen du col montre : col volumineux, remplissant tout le spéculum, présentant environ 4 centimètres dans le sens antéro-postérieur, sur 3 de large. L'orifice du col porte la trace d'une déchirure (accouchement); il est de forme triangulaire. La coloration du col est d'un rouge très prononcé. La lèvre antérieure est bourgeonnante et d'aspect granuleux, de couleur rouge vif.

La lèvre postérieure, par contre, présente une ulcération assez profonde, remontant de 2 centimètres sur la portion vaginale postérieure du col et atteignant en avant presque l'orifice cervical. Cette ulcération rouge en certains points est recouverte par place d'une substance visqueuse épaisse, de couleur blanc jaunâtre. Si l'on essaie de détacher cet enduit avec un tampon d'ouate mouillé et exprimé, on y arrive avec assez de commodité; mais l'ulcération saigne facilement. Le fond paraît alors irrégulier, granuleux.

Le col est ferme dans toutes ses parties, mais sa consistance est notoirement plus dure au niveau de l'ulcération, ainsi qu'on peut s'en rendre compte à l'aide de la pince porte-coton. Il a conservé sa mobilité et le toucher n'accuse rien d'anormal dans les culs-de-sac vaginaux. Les parties environnantes du col sont rouges et congestionnées.

Le 10 avril, roséole diffuse. Le 19 avril, roséole papuleuse très nette. Le 10 mai, la surface de l'ulcération s'est détergée et cette ulcération a considérablement diminué. Le 1^{er} juin, le chancre du col a guéri.

OBSERVATION LXXVII

(THIBIERGE. *Annales de Derm. et de Syphil.*, 1904).

Alice J..., 18 ans, entre à Broca, le 20 septembre 1902, pour végétations périvulvaires et périnales.

Le 13 octobre, au cours d'un examen fortuit, on constate une ulcération occupant le col de l'utérus qui est assez volumineux. De forme irrégulière, elle occupe toute la portion vaginale du col. Les bords légèrement sinueux sont entaillés sur une épaisseur de 1 à 2 mm., entourés d'une zone foncée, rendue plus irrégulière encore par la présence d'un enduit jaune brunâtre, pseudo-gangréneux, épais, qui en occupe une grande partie sous forme d'îlots

inégaux, surtout confluent vers la partie centrale et vers la périphérie, où il constitue par places une fausse membrane continue; dans les points où l'enduit fait défaut, la coloration de l'ulcération est d'un rouge foncé brunâtre. L'enduit pseudo-gangréneux se laisse détacher assez facilement par le simple frottement d'un tampon d'ouate. Cette manœuvre ne détermine qu'un léger saignement, mais elle éveille au niveau de la partie ulcérée une douleur très vive. Ni adénopathie inguinale, ni éruption. On porte le diagnostic de chancre simple phagédénique, malgré que l'onto-inoculation soit négative. L'ulcération est touchée tous les deux jours à l'eau oxygénée et à la teinture d'iode.

Le 5 novembre, l'ulcération est devenue bourgeonnante dans toute son étendue, sa coloration est moins foncée, son aspect est bon; elle se répare rapidement sur ses bords; en explorant le col avec l'extrémité d'une longue pince porte-tampon, on constate que sa consistance est augmentée.

En même temps, on constate sur tout le corps une roséole syphilitique généralisée.

Le 12 novembre, au niveau du col de l'utérus, on ne voit plus qu'une cicatrice rouge, empiétant sur les deux lèvres, présentant une dureté spéciale.

CONCLUSIONS

I. — Seuls doivent être appelés chancres géants, les chancres qui ne diffèrent du chancre syphilitique ordinaire que par leurs grandes dimensions, à l'exclusion de tout autre caractère particulier, et dont la grande étendue est due uniquement à l'action du tréponème.

II. — Les chancres géants sont, dans la majorité des cas, des chancres extra-génitaux ou péri-génitaux : ils sont rarement génitaux.

III. — Les chancres géants ne doivent pas être considérés comme une forme anormale, monstrueuse du chancre syphilitique, mais comme la forme idéale sous laquelle se présente chez l'homme le chancre syphilitique lorsque le tréponème rencontre les conditions les plus favorables de développement.

IV. — L'apparition du chancre géant est favorisée par l'évolution d'un traumatisme antérieur à l'inoculation du tréponème ou coexistant avec celle-ci ; elle est également favorisée par l'irritation de la région où a pénétré le tréponème.

V. — L'apparition du chancre géant est favorisée par la richesse en tissu conjonctif ou par la richesse vasculaire de la région où a pénétré le tréponème.

VI. — Le chancre géant a des chances de se produire, lorsque chez l'homme sont réunies les conditions nécessaires et suffisantes pour produire un chancre syphilitique, chez les singes supérieurs.

VII. — Le fait, pour un chancre, d'être géant n'est pas, dans la majorité des cas, une condition d'aggravation du pronostic de la syphilis dont il est la première manifestation.

Vu : *Le Doyen,*
BALTHAZARD.

Vu : *Le Président,*
GOUGEROT.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLETY.

BIBLIOGRAPHIE

Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie.

Annales des Maladies vénériennes.

Bulletins de la Société de Dermatologie et de Syphiligraphie.

ASTRUC. — *Traité des Maladies vénériennes.*

AUDRY. — La période dite primaire de la syphilis. *Paris Médical*, 1924.

— Les processus histopathologiques de la syphilis. *Journal Médical Français*, 1910.

— Réflexions sur la syphilis. *Annales de Derm. et de Syphil.*, 1900.

AUMONT. — Etude sur le chancre syphilitique des paupières. *Thèse Paris*, 1893.

BALZER et BARTHÉLÉMY. — Note sur certains modes de contagion du chancre syphilitique et sur la prophylaxie individuelle de la syphilis. *Ann. des Mal. vén.*, 1915.

BIENFAIT. — Chancres syphilitiques des doigts. *Thèse Paris*, 1925.

BIZARD. — Contagion de la syphilis par le rasoir. *Journal de Médecine interne*, 1909.

BODIN. — Sur quelques difficultés de diagnostic du chancre syphilitique chez l'homme. *Paris Méd.*, 1918.

BORDET. — Chancres extra-génitaux. *Thèse Paris*, 1919.

- BRAULT. — Fréquence des chancres de la région sus-pubienne et à la base du pénis chez les indigènes musulmans d'Algérie. *Société de Dermatologie*, 1909, et *Annales des Maladies vénériennes*, 1914.
- *Pathologie et Hygiène des indigènes musulmans d'Algérie*.
- BURET. — *La syphilis aujourd'hui et chez les anciens*.
- CADÉAC. — Les caractères initiaux de l'accident primitif de la syphilis. *Thèse Lyon*, 1922-1923.
- Charles MARSHALL. — De la syphilis maligne. *Urologie and cutaneous Rewiew*, 1913, in *Annales des Mal. vén.*, 1913.
- Clément SIMON. — La syphilis. *Traité de Sergent*.
- La question de l'immunité dans la syphilis. *Bulletin Médical*, 1919.
- *Questions actuelles de syphiligraphie*.
- DECHAMBRE. — *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales. Article Chancre*.
- DELINOTTE. — De la fréquence des chancres syphilitiques extra-génitaux. *Thèse Bordeaux*, 1920.
- DIDAY. — *Histoire naturelle de la syphilis*.
- DOCTOROFF. — Chancre des amygdales. *Thèse Nancy*, 1899.
- DU CASTEL. — *Chancres génitaux et extra-génitaux*.
- DUNCAN BULKLEY. — *Syphilis in the innocent*.
- FINGER. — *La syphilis et les maladies vénériennes*; traduction d'Adrien Doyen et de Paul Spillmann.
- FORDYCE. — Quelques problèmes sur la pathologie de la syphilis. *Annales des Mal. vénér.*, 1916.
- FOUQUET. — Le tréponème pâle de la syphilis, ses localisations (Revue générale). *Gazette des Hôpit.*, 1908.
- FOURNIER. — *Les chancres extra-génitaux. Traité de la Syphilis*.
- FRACASTOR. — *La Syphilis. Le Mal français*. Traduction Fournier.

- GASTOU. — L'évolution de la syphilis et les associations microbiennes. *Annales de Derm. et de Syph.*, 1900.
- Le tréponème de la syphilis. Les localisations dans les différents tissus et organes. *Journal Médical Français*, 1910.
- GAUCHER. — *Le chancre et les syphilides cutanées et muqueuses.*
- GERBAY. — L'immunité dans la syphilis. *Bulletin Médical*, 1925.
- GOLAY. — *La Pathologie générale de la syphilis.*
- GOUGEROT. — Importance de l'état de sensibilisation dans la pathogénie de la syphilis. Mélange de l'état de sensibilisation et de l'état d'immunité. Différence de réaction du syphilitique à son propre virus et aux virus étrangers. Spécialisation du virus par sensibilisation. *Annales des Mal. vénér.*, 1916.
- *La syphilis expérimentale dans ses rapports avec la clinique.* Collection Critzmann.
- *Le traitement de la syphilis en clientèle.*
- GOUGEROT et CLARA. — Syphilis post-traumatiques. *Journal Médical Français*, 1918.
- GOYON. — Contribution à l'étude du chancre syphilitique du menton. *Thèse Lyon*, 1906-1907.
- HALLOPEAU. — Etude clinique de l'évolution de la syphilis. *Annales des Mal. vénér.*, 1909.
- HALLOPEAU. — *Traité de la Syphilis.*
- HANOUNE. — L'Allergie cutanée de la syphilis et en particulier dans la syphilis de l'indigène algérien. *Thèse Alger*, 1927.
- Jacques DE BÉTHENCOURT. — *Nouveau Carême de Pénitence.* Traduction Fournier.
- JAMBON et TZANCK. — La période d'incubation de la syphilis. *Paris Médical*, 1918.
- Jean FERNEL. — *Le meilleur traitement du mal vénérien.*
- Jean DE VIGO. — *Le Mal français.* Traduction Fournier.

- JEANSELME. — Le chancre céphalique. *Concours Médical*, 1926.
- Syphilis extra-génitale. *Revue générale de Clinique et de Thérapeutique*, 1909.
- JEANSELME et SÉZARY. — *Précis des Maladies vénériennes*.
- LACAPÈRE. — La question de la dualité du virus syphilitique et les causes d'orientation de la syphilis. *Revue française de Dermatologie et de Vénér.*, 1925.
- *La Syphilis arabe*.
- LACASSAGNE. — Les premiers signes cliniques du chancre syphilitique de la muqueuse génitale. *Presse Médicale*, 1922.
- LE BART. — Chancre primitif du nez et des fosses nasales. *Thèse Paris*, 1894.
- LELONG. — L'anergie syphilitique. *Paris Médical*, 1923.
- LENOBLE. — Chancres du nez. *Thèse Paris*, 1908.
- LEREDDE. — *Nouvelles études sur la syphilis*.
- LEVADITI et MARIE. — Pluralité des virus syphilitiques. *Annales de l'Institut Pasteur*, 1923.
- LEVADITI et ROCHÉ. — *La Syphilis*.
- LÉVY-BING et GERBAY. — 1500 cas de chancres syphilitiques observés au Centre de Vénéréologie de la ... Armée. *Annales des Mal. vénér.*, 1919.
- LÉVY-BING et LAFFONT. — *La Syphilis expérimentale*.
- LOCHTE. — Recherches sur la syphilis maligne et la syphilis grave. *Ann. de Dermat. et de Syphil.*, 1902.
- METCHNIKOFF. — Conférence faite à la Société de l'Internat des Hôpitaux de Paris (in *Archives Générales de Médecine*, 1905).
- METCHNIKOFF et ROUX. — Mémoire sur la syphilis des singes. *Annales de l'Institut Pasteur*, 1903.
- MILIAN. — La place du chancre. *Paris Médical*, 1922.
- MOREL. — Syphilis intra-veineuse d'emblée. *Thèse Nancy*, 1926-1927.
- NICOLAS. — La Syphilis. *Traité de Roger et Vidal*.

- NICOLAU. — Sur quelques particularités morphologiques du syphilome primaire de certaines localisations. *Annales des Mal. vénér.*, 1928.
- NIVET. — Fréquence relative des différentes variétés de chancres syphilitiques extra-génitaux chez l'homme et chez la femme. *Thèse Paris*, 1887.
- PASSENAUD. — Contribution à l'étude du chancre du col de l'utérus. *Thèse Paris*, 1904.
- Paul BLUM et Jean BRALEZ. — Chancre géant de l'abdomen. *Société de Dermat.*, 1930.
- Chancres géants. *Paris Médical*, 1930.
- Les manifestations précoces de la syphilis acquise et l'apparition du chancre. *La Vie Médicale*, 1931.
- PERCEAU. — Étude sur le chancre syphilitique du rectum. *Thèse Paris*, 1894.
- PUYO-MÉDINA. — Contribution à l'étude du chancre syphilitique érosif phagédénique superficiel. *Thèse Paris*, 1891-1892.
- QUIVE. — Etude sur les chancres syphilitiques multiples. *Annales des Mal. vénér.*, 1911.
- RICORD. — *Leçons sur le chancre*. Rédigées et publiées par Alfred Fournier, interne de l'Hôpital du Midi.
- RILLE. — *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, 1912.
- Sur le chancre syphilitique des orteils. *Dermatologische Wochenschrift*, 1921.
- ROLLET. — *Recherches cliniques et expérimentales sur la syphilis*.
- *Traité des Maladies vénériennes*.
- SABARREAU. — Chancres syphilitiques successifs. *Thèse Paris*, 1905.
- SÉZARY. — *Microbiologie de la syphilis*.
- *Syphilis nerveuse*.
- SICARD. — Existe-t-il un virus neurotrope syphilitique ? *La Médecine*, 1925.

THIBIERGE, RAVAUT et LE SOURD. — Le Spirochète pallida et le diagnostic de la syphilis. *Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 1906.

WOHLENVEBER. — Ueber syphilitische Riesensklerosen mit aufführung neuer fälle. *Dermatologische Zeitschrift*, 1926.
